

Caracterización clínico-epidemiológica e histopatológica de pacientes con cáncer cutáneo. Sagua la Grande, Villa Clara. 2016

González Escudero, Mabel.¹

Pérez Acosta, Noel David.²

Roque Pérez, Lázaro.³

¹Hospital General Docente Universitario "Mártires del 9 de Abril"/Departamento de Docencia, Sagua la Grande, Cuba, lazaror@undoedu.vcl.sld.cu

²Policlínico Universitario "Idalberto Revuelta"/Departamento de Docencia, Sagua la Grande, Cuba, noelpa@infomed.sld.cu

³Filial de Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez"/Carrera de Medicina. Alumno Ayudante en Dermatología, Sagua la Grande, Cuba, lazaror97@nauta.cu

Resumen: **Introducción:** entre todos los tipos de cáncer, es el de piel el más frecuente. Su incidencia mundial ha aumentado en proporción epidémica. Se distinguen dos grandes grupos: el grupo melanoma maligno y el de los cáncer cutáneo no melanoma, que abarca fundamentalmente los carcinomas basocelulares y los epidermoides. **Objetivo:** caracterizar según aspectos clínico-epidemiológicos e histopatológicos a los pacientes con diagnóstico de cáncer cutáneo de Sagua la Grande en el año 2016. **Material y método:** se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo transversal en los pacientes atendidos en la consulta de Dermatología de los policlínicos "Mario Antonio Pérez" e "Idalberto Revuelta" de Sagua la Grande en el año 2016. La población estuvo constituida por 262 pacientes atendidos en la consulta de Dermatología con diagnóstico positivo de cáncer cutáneo. La muestra quedó conformada por 233 pacientes, de forma no probabilística intencional por todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron recolectados del libro de biopsias del departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente Universitario "Mártires del 9 de Abril" de Sagua la Grande. **Resultados:** El 67,8% de los pacientes fueron diagnosticados con carcinoma basocelular, de ellos, el 70,9% fue de la variedad nodular. La mejilla fue la localización más frecuente, para un 28,8%. **Conclusiones:** Predominaron los pacientes de entre 70-79 años de edad y masculinos. El carcinoma basocelular fue el más diagnosticado, siendo más frecuente, el subtipo nodular. La localización más común fue la mejilla, predominando los pacientes con lesiones no ulceradas.

Palabras clave: cáncer cutáneo, carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, melanoma maligno cutáneo.

I. INTRODUCCIÓN

En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollado como Cuba, que revela cifras similares desde hace más de tres décadas. Se prevé que la mortalidad por cáncer aumentará en un 45 % entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), por el crecimiento demográfico y el envejecimiento poblacional (1).

El tipo de cáncer que afecta más frecuentemente al ser humano es el de piel. Su incidencia mundial ha estado en aumento en proporción epidémica (1). En Cuba, este tipo de cáncer también es el de mayor incidencia, así lo demuestran los 10 432 casos reportados en el año 2013, que representaron poco más de la cuarta parte del total de casos de cáncer registrados (2). En Villa Clara, de los más de 3 500 casos de cáncer de todo tipo registrado durante el año 2016, 1 564 corresponden a la piel, para resultar también, a este nivel, el de mayor incidencia (3). Todas estas cifras demuestran que el cáncer de piel constituye, indudablemente, un problema de salud para Cuba.

Se denomina cáncer de piel a un conjunto de neoplasias malignas con características muy diferentes, por su origen, factores de riesgo y pronóstico. Se distinguen dos grandes grupos: el grupo melanoma maligno y el de los cáncer cutáneo no melanoma, que abarca fundamentalmente los carcinomas basocelulares y los epidermoides, ya que otras neoplasias incluidas en él (anexiales, sarcomas, etc.) son de muy baja frecuencia comparadas con estas (4). Los factores de riesgo que se describen están relacionados con la exposición a la luz solar fundamentalmente, también se asocia a la exposición a las radiaciones ionizantes y a los hidrocarburos, así como con el virus papiloma humano, el tabaquismo y la irritación crónica. Se ha descrito la exposición crónica al arsénico como condicionante y se ha encontrado una alta incidencia en pacientes inmunocomprometidos (1).

El carcinoma basocelular (CBC) constituye el tumor de piel más incidente, no obstante, el menos agresivo. Aparece más frecuente en el rostro, sin embargo, también lo hace en otras regiones. Esta neoplasia tiene crecimiento lento y raramente desarrolla metástasis. Tiene su origen en las células basales epiteliales inmaduras pluripotentes de la epidermis. La presentación clínica del CBC son pápulas perladas con telangiectasias, que pueden ulcerarse. Es importante resaltar, que un CBC no diagnosticado y no tratado puede tomarse invasivo y destructivo (5). Entre las presentaciones histológicas están: superficial, nodular, basoescamoso, quístico, adenoideo, esclerodermiforme y pigmentado (6).

El carcinoma epidermoide (CE) es el segundo tumor maligno cutáneo en incidencia. Puede aparecer sobre la piel, mucosas sanas o desarrollarse sobre dermatosis previas, fístulas cutáneas, úlceras crónicas, cicatrices anormales y lesiones por virus papiloma humano. El CE suele ser más agresivo que el CBC. Los márgenes tienden a ser difusos, lo que conduce a gran área de afectación tumoral subclínica. Puede tener diseminación neurotrófica con parálisis de pares craneales, que sugiere invasión hasta el seno cavernoso (1). Esta neoplasia maligna originada a partir de los queratinocitos, histológicamente se clasifica en: bien diferenciado, moderadamente diferenciado y poco diferenciado (7).

El melanoma maligno cutáneo (MMC) es el cáncer cutáneo que surge de los melanocitos de la capa basal de la epidermis. Es el más mortal de todos los cánceres de piel, aunque representa solamente el 4 % de estos, debido a su tendencia a la metástasis, a la etapa avanzada en que suele diagnosticarse y a la falta de respuesta a los tratamientos sistémicos (4).

La mayoría de los melanomas pueden diagnosticarse clínicamente con un examen cuidadoso y detallado. En este sentido es muy útil el recurso nemotécnico ABCDE que incorpora en estas letras las características que exponen que una lesión pigmentada de piel sea más susceptible de tratarse de un MMC (Asimetría de la lesión, Bordes irregulares, cambio de Color, Diámetro mayor de 6 mm y Evolución). Los subtipos histológicos en que el MMC se presenta son: melanoma de extensión superficial, melanoma nodular, melanoma lentiginosos acral y melanoma lentigo maligno (8).

En Sagua la Grande el cáncer cutáneo constituye la neoplasia más frecuente, reportándose en el año 2014, 148 casos y en el año 2015, 206 casos (9); es por ello que constituye un problema de salud para el municipio debido a su alta incidencia y su tendencia al incremento. Por tal motivo se realiza la presente investigación con el objetivo de caracterizar según aspectos clínico-epidemiológicos e histopatológicos a los pacientes con diagnóstico de cáncer cutáneo de Sagua la Grande en el año 2016.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo transversal en los pacientes atendidos en la consulta de Dermatología de los policlínicos “Mario Antonio Pérez” e “Idalberto Revuelta” de Sagua la Grande en el año 2016, con el objetivo de caracterizar según aspectos clínico-epidemiológicos e histopatológicos a los pacientes con diagnóstico de cáncer cutáneo de Sagua la Grande en el año 2016.

La población estuvo constituida por 262 pacientes atendidos en la consulta de Dermatología con diagnóstico positivo de cáncer cutáneo. La muestra quedó conformada por 233 pacientes, de forma no probabilística intencional por todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión: pacientes residentes del municipio Sagua la Grande

Los criterios de exclusión: los pacientes que residan en otros municipios.

Se realiza una revisión de documentos (método empírico), siendo recolectados los datos del libro de biopsias del departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente Universitario “Mártires del 9 de Abril” de Sagua la Grande, obteniéndose las variables siguientes:

Edad: con un intervalo de 10 años a partir de los 20 años, por no encontrarse casos por debajo de esas edades.

Sexo: masculino y femenino

Diagnóstico histológico: carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide y melanoma maligno cutáneo.

Subtipo histológico: carcinoma basocelular (superficial, nodular, basoescamoso, quístico, adenoideo, esclerodermiforme y pigmentado), carcinoma epidermoide (poco diferenciado, moderadamente diferenciado y bien diferenciado) y melanoma maligno cutáneo (extensión superficial y nodular)

Localización anatómica de la lesión: Cuero cabelludo, cara (frente, periocular, nariz, mejilla, periauricular y labios), cuello, tronco (V del escote y espalda), miembros superiores y miembros inferiores.

Ulceración de la lesión: sí y no.

La información se recogió en un modelo de vaciamiento y con él se creó una base de datos en el programa estadístico Microsoft® Office Excel 2010. Se realizó una búsqueda amplia del tema y se compararon los resultados con estudios similares de otras regiones. Los datos que se obtuvieron de los informes de biopsia de los pacientes fueron almacenados y procesados en el mismo programa estadístico. Aplicando técnicas de la estadística descriptiva se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, con lo que se confeccionaron tablas y gráficos.

Desde el punto de vista ético la dirección del hospital aprobó el acceso a los archivos del departamento de anatomía patológica para este estudio.

III. RESULTADOS

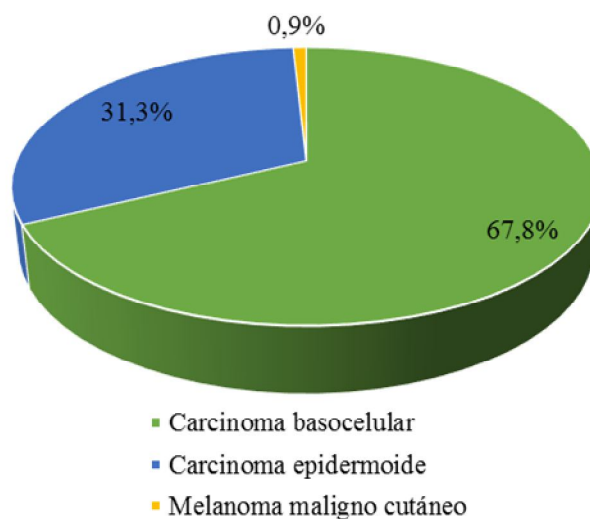
El grupo de edades que predominó fue el de 70-79 años con 68 pacientes, 34 del sexo masculino y 34 del sexo femenino, para un 29,2% del total de pacientes estudiados. El sexo más común fue el masculino con 121 pacientes, que representa el 51,9% de total de pacientes estudiados; donde predominó el grupo etario de 60-69, con 36 pacientes, para un 15,4% (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo. Consulta de Dermatología, policlínicos “Mario Antonio Pérez” e “Idalberto Revuelta”, 2016.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	2	0,9	0	0	2	0,9
30-39	2	0,9	2	0,9	4	1,8
40-49	14	6,0	9	3,8	23	9,8
50-59	17	7,3	18	7,7	35	15,0
60-69	36	15,4	26	11,2	62	26,6
70-79	34	14,6	34	14,6	68	29,2
80 o más	16	6,8	23	9,9	39	16,7
Total	121	51,9	112	48,1	233	100,0

El carcinoma basocelular constituyó el diagnóstico histológico más frecuente de los tumores de piel para los pacientes del estudio, reportado en un 67,8% de ellos. El carcinoma epidermoide fue diagnosticado en un 31,3% y con melanoma maligno cutáneo un 0,9% de estos pacientes del estudio (Figura 1).

Figura 1. Distribución de pacientes según diagnóstico histológico. Consulta de Dermatología, policlínicos “Mario Antonio Pérez” e “Idalberto Revuelta”, 2016.



El carcinoma basocelular nodular fue el subtipo histológico más común dentro de los pacientes con carcinoma basocelular, representado por un 70,9% de estos; seguido por carcinoma basocelular pigmentado con un 9,5%. Dentro de los pacientes con carcinoma epidermoide, el subtipo histológico bien diferenciado fue el más frecuente, con un 78,1% de los mismos. Es válido resaltar la presencia de sendos casos de melanoma maligno cutáneo de extensión superficial y nodular (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según subtipo histológico. Consulta de Dermatología, policlínicos “Mario Antonio Pérez” e “Idalberto Revuelta”, 2016.

Tumor	Subtipo Histológico	No.	%
Carcinoma basocelular (n=158)	Superficial	10	6,3
	Nodular	112	70,9
	Basoescamoso	4	2,5
	Quístico	6	3,8
	Adenoideo	13	8,2
	Esclerodermiforme	10	6,3
Carcinoma epidermoide (n=73)	Pigmentado	15	9,5
	Poco diferenciado	3	4,1
	Moderadamente diferenciado	14	19,2
Melanoma maligno cutáneo (n=2)	Bien diferenciado	57	78,1
	Extensión superficial	1	50,0
	Nodular	1	50,0

Al analizar la localización anatómica de los tumores cutáneos, predomina la mejilla, donde se localizaron 67 lesiones en un 28,8% de los pacientes estudiados. Le sigue la nariz con 61 lesiones en un 26,2% de los pacientes estudiados y los miembros superiores con 27 lesiones en un 11,6% de los mismos (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes según localización anatómica de la lesión. Consulta de Dermatología, policlínicos “Mario Antonio Pérez” e “Idalberto Revuelta”, 2016.

Localización anatómica de la lesión		No.	% (N=233)
Cara	Cuero cabelludo	1	0,4
	Frente	9	3,8
	Periocular	18	7,7
	Nariz	61	26,2
	Mejilla	67	28,8
	Periauricular	13	5,6
	Labios	6	2,6
	Mentón	3	1,3
	Cuello	7	3,0
	V del escote	19	8,2
Tronco	Espalda	7	3,0
	Miembros superiores	27	11,6
Miembros inferiores		8	3,4

En cuanto a la ulceración de la lesión, se evidencia que predominaron los pacientes que en sus lesiones no la presentaron, ya que fueron un 66,5% de estos; mientras que un 39,1% de los mismos sí existió ulceración de la lesión (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de pacientes según ulceración de la lesión tumoral. Consulta de Dermatología, policlínicos “Mario Antonio Pérez” e “Idalberto Revuelta”, 2016.

Ulceración de la lesión	No.	% (N=233)
Sí	91	39,1
No	155	66,5

IV. DISCUSIÓN

El predominio de casos en los grupos de mayor edad fue consistente con lo reportado en la historia natural del cáncer cutáneo. Este dato de incidencia se ve dramáticamente aumentado cuando la edad supera los 70 años, por lo que quedó demostrado que los tumores cutáneos aumentan su frecuencia con la edad a causa del fotoenvejecimiento, o sea, la superposición del daño crónico inducido por los rayos ultravioletas (RUV) sobre el envejecimiento intrínseco acompañado de pérdida funcional.

Si bien el cáncer cutáneo generalmente comienza a aparecer en la quinta y la sexta décadas de la vida, su incidencia en personas cada vez más jóvenes se está incrementando (10), el presente estudio es una muestra de ello ya que se presentaron pacientes entre los 20-29 años con cáncer cutáneo.

La distribución de pacientes con diagnóstico histológico de cáncer cutáneo afectó a ambos sexos con un ligero predominio del masculino. Estos resultados concordaron con lo reportado en estudios realizados por otros autores (11, 12), de que el hombre está más expuesto a la acción de los rayos solares, al calor y a los riesgos profesionales; factores que predisponen por los cambios que se producen en la piel, a la aparición de lesiones cancerosas. En otros estudios latinoamericanos (5, 13) no hubo coincidencia, ya que estos plantearon la existencia de un predominio en el sexo femenino, atribuido al hecho de que las mujeres tienen mayor preocupación por su aspecto que los hombres y buscan mayor atención médica.

El CBC es el cáncer más frecuente en humanos y representa aproximadamente el 75% de todos los cánceres de piel no melanoma (5). En México representa entre el 70 y el 80% de los tumores malignos cutáneos (7). En el presente estudio esta tendencia se vio reflejada, con un porcentaje semejante al del país norteamericano, siendo el CBC la neoplasia cutánea más representada, seguida del CE y del MMC, tal y como reporta la literatura científica internacional (5, 7, 8). La elevada incidencia del CBC puede deberse a la condición tropical de Cuba, al adelgazamiento de la capa de ozono y a la disminución de la nubosidad, pues se considera que los RUV conforman el factor predisponente de más importancia en el desarrollo de tal neoplasia.

En los resultados del estudio histopatológico la mayoría de los pacientes con CBC presentan el subtipo histológico nodular. Coincidió con estudios nacionales (12) y de Colombia (13) que plantearon que el tipo histopatológico del CBC más frecuente es el nodular. Por su parte el CE bien diferenciado fue el más frecuente dentro de los pacientes con este tipo de tumor cutáneo que, siendo el de mejor pronóstico, indica el bajo índice de malignidad con que se presenta esta neoplasia, tal y como plantean otros autores (14). El melanoma de extensión superficial es el tipo de melanoma más frecuente en la raza blanca y el

nodular, el segundo (8); siendo estas las dos variedades histológicas del MMC que se presentaron en el estudio.

La localización anatómica más susceptible a la aparición del cáncer cutáneo en este estudio, fue la mejilla. No coincidió con estudios latinoamericanos y de Europa (15; 16) que expusieron la nariz como región anatómica más susceptible a la aparición del cáncer cutáneo en resultados de sus series; pero si se tiene en cuenta la semejanza de ambas zonas en cuando a la gran densidad de nervios y de glándulas sebáceas, además de que la dermis se encuentra más cercana al pericondrio, periostio y músculo, lo que favorece que el tumor desarrolle extensiones laterales y profundas más importantes, sobre todo si se habla de la región del pómulo de las mejillas; podemos decir que los resultados no son tan distantes. Además debe tenerse en cuenta también que en el presente estudio la nariz fue la segunda localización anatómica más susceptible a la aparición del cáncer cutáneo, lo que acorta la diferencia de los resultados entre los estudios. Esto unido a que los miembros superiores fueron la tercera región en frecuencia y la V del escote, la cuarta, hace que nuestros resultados coincidan con el estudio de Acosta, et al. (4), en el que el 85 % de los tumores estaban en zonas fotoexpuestas.

Definida como la ausencia de epidermis intacta en la superficie de la lesión, la ulceración es un importante factor pronóstico de los tumores cutáneos que indica mayor malignidad, por la destrucción tisular que origina (17). En el presente estudio un alto por ciento de los pacientes no presentó lesiones ulceradas, lo que indica que los tumores cutáneos eran predominantemente de buen pronóstico.

V. CONCLUSIONES

- Existió un predominio de pacientes entre 70-79 años de edad y masculinos.
- Según la clasificación histopatológica el carcinoma basocelular fue el tumor cutáneo más diagnosticado, siendo el nodular el más frecuente de los subtipos histológicos.
- La localización anatómica más común de los tumores cutáneos fue en la mejilla.
- Predominaron los pacientes con lesiones no ulceradas.

REFERENCIAS

1. Ramírez García LK, Ortiz Ramos DL, Gómez Cabrera CG, Vigoa Aranguren L, Rojas Rondón I, Abreu Perdomo FA. Caracterización clinicopatológica de los tumores malignos palpebrales. Rev Cub Oftalm [Internet]. 2014 [citado 2017 May 22]; 27(1): 79-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000100009
2. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. 2017.
3. González RR. Cáncer de piel, llamado a la prevención. Vanguardia; 2017 febrero 11: 8.
4. Acosta Medina DL, Bravo Hernández A, Ruíz Acosta D, Acosta Medina GM. Comportamiento del cáncer de piel en Güines y San José de las Lajas. Medimay [Internet]. 2014 [citado 2017 May 22]; 20(1). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/179>
5. Silva RD, Dias MAI. Incidencia del carcinoma basocelular y espinocelular en usuarios atendidos en un hospital de cáncer. REFACS [Internet]. 2017 [citado 2017 May 28]; 5(2): 228-34. Disponible en: <http://www.seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs>

6. Weedon D, Marks R, Kao GF, Harwood CA. Keratinocytic Tumours. En: LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics. Lyon: IARC Press; 2006. p. 10-47.
7. Alfaro Sánchez A, García Hidalgo L, Casados Vergara R, Rodríguez Cabral R. Cáncer de piel. Epidemiología y variedades histológicas, estudio de cinco años en el noreste de México. *Dermatol Rev Mex*. [Internet]. 2016 [citado 2017 Mayo 22]; 60(2):106-113. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2016/rmd162c.pdf>
8. Castañeda Gameros P, Eljure Téllez J. El cáncer de piel: un problema actual. *Rev de la Fac de Med de la UNAM* [Internet]. 2016 [citado 2017 Mayo 22]; 59(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un162b.pdf>
9. Departamento de estadística de Sagua la Grande. 2016.
10. Zuluaga-Sepúlveda MA, Arellano-Mendoza I, Ocampo-Candiani J. Actualización en el tratamiento quirúrgico del melanoma cutáneo primario y metastático. *Cir Ciruj* [Internet]. 2016 [citado 2017 Feb 07]; 84(1): 77-84. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-actualizacion-el-tratamiento-quirurgico-del-S0009741115001486>
11. Gallagher RP. Sunscreens in melanoma and skin cancer prevention. *CMAJ*. 2014; 173 (3):244-5.
12. Rodríguez RS. Caracterización clínico-histopatológica del carcinoma basocelular, 1999-2004. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2005 [citado 2017 Feb 22]; 4(4). Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol4_num4/rhcm07405.htm
13. Nova Villanueva J, Sánchez Vanegas G, Porras de Quintana L. Cáncer de piel: perfil epidemiológico de un centro de referencia en Colombia, 2003-2005. *Rev Salud Pública*. [Internet]. 2007 [citado 2017 Feb 22]; 9(4): 595-601. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642007000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
14. Nuño González A, Vicente Martín FJ, Pinedo Moraleda F, López-Esteban JL. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2012 [citado 2017 Mayo 22]; 103(7): 567-78. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/carcinoma-epidermoide-cutaneo-alto-riesgo/articulo/S0001731011005114/>
15. Viñas García M, Yudit Algozaín A, Álvarez Campos L, Quintana Díaz JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2011 [citado 2017 Mayo 22]; 48(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200004&lng=es.
16. Charlín Pato G, Serrano Peña J, del Poso Losada J. Carcinoma basocelular. Guías clínicas. 2005;5(6) [citado 2017 May 22]; Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Basocelular.pdf>
17. Ferrándiz C. *Dermatología Clínica*. 4ª ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014.