

Caracterización clínico-epidemiológica del carcinoma basal

Clinical-epidemiological characterization of basal carcinoma

Yanara Alejandro-Mayo¹ <https://orcid.org/0009-0008-3864-1352>

Derkis Prado-Lemus¹ <https://orcid.org/0000-0002-9246-2338>

Mabel Yanet Montero-Lemes¹ <https://orcid.org/0009-0007-5823-2110>

Yunior Meriño-Pompa⁴ * <https://orcid.org/0000-0002-2631-8274>

Sulanys Yainet Naranjo-Vázquez⁴ <https://orcid.org/0000-0003-0966-8712>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley de Manzanillo.

Servicio de. Dermatología. Granma, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de. Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley de Manzanillo Estudiante de Quinto Año de Medicina. Granma, Cuba.

*E-mail a correspondencia: yuniormp9911@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: El carcinoma basocelular es una neoplasia maligna de piel, representa de un 75-80 % de los cánceres de piel en el mundo.

Objetivo: Caracterizar las variables clínicas y epidemiológicas en pacientes con carcinoma basocelular.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal con el objetivo de caracterizar las variables clínicas y epidemiológicas del carcinoma basocelular en el Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley, en el período comprendido desde enero 2018-diciembre 2020. El universo lo integraron 377 pacientes mayores de 19 años, con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basocelular y con fototipo cutáneo I, II, III.

Resultados: Las edades mayores de 71 años fueron las predominantes. El (63,4 %) 239 de los individuos presentó fototipo cutáneo II; mientras que el (61,8 %) 233 y el (52,8 %) 199 poseían antecedentes patológicos personales y familiares de carcinoma basal respectivamente. El (94,5 %) 357 de las personas refirieron estar expuestos al sol. El (3,7 %) 14 de los pacientes presentaron carcinoma basal de tipo morfeiforme, la zona de riesgo alto fue la predominante en los enfermos con

esta neoplasia en un (68,7 %) 259 y la variedad histológica no diferenciado resultó ser la más usual.

Conclusiones: El carcinoma basocelular es una afección frecuente en la población manzanillera y continúa siendo un desafío para el sistema de salud. Tiene gran frecuencia en las personas de edad avanzada. La exposición prolongada a la luz solar, así como la piel blanca y los antecedentes personales y familiares de carcinoma basocelular constituyen los factores de riesgo primarios para el desarrollo de esta enfermedad oncológica. La forma clínica nodular y la variedad histológica no diferenciado resultan ser las más usuales.

DeCS: CARCINOMA BASOCELULAR/epidemiología; ADENOCARCINOMA; NEOPLASIAS CUTÁNEAS; FACTORES DE RIESGO; DERMATOLOGÍA.

ABSTRACT

Introduction: Basal cell carcinoma is a malignant neoplasm of the skin, representing 75-80 % of skin cancers worldwide.

Objective: To characterize the clinical and epidemiological variables in patients with basal cell carcinoma.

Methods: A descriptive, retrospective, longitudinal study was conducted to characterize the clinical and epidemiological variables of basal cell carcinoma at the Celia Sánchez Manduley Clinical Surgical Hospital, from January 2018 to December 2020. The universe consisted of 377 patients over 19 years of age, with clinical and histopathological diagnoses of basal cell carcinoma and cutaneous fototype I, II, III.

Results: Ages over 71 years were the predominant (63.4 %) 239 of the subjects had skin phototype II; while (61.8 %) 233 and (52.8 %) 199 had a personal and family history of basal carcinoma, respectively. 94.5 % of people reported being exposed to the sun. The (3.7 %) 114 of patients had baseline morpheiform carcinoma, the high-risk area was predominant in patients with this neoplasm in (68.7 %) 259 and undifferentiated histological variety was the most common

Conclusions: Basal cell carcinoma is a common condition in Manzanillo's population and continues to be a challenge for the health system. It is very common in the elderly. Prolonged exposure to sunlight, as well as white skin and a personal and family history of basal cell carcinoma are the primary risk factors for the development of this cancer entity. The nodular clinical form and the undifferentiated histological variety are the most common.

DeCS: CARCINOMA, BASAL CELL/epidemiology; ADENOCARCINOMA; SKIN NEOPLASMS; RISK FACTORS; DERMATOLOGY.

Recibido: 08/04/2024

Aprobado: 09/11/2024

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) data de hace más de 4 000 años, en el antiguo Egipto, en el siglo XIV fue denominado *noli-me-tangere* (no me toques). ⁽¹⁾ El CBC es un tumor maligno originado de las células epidérmicas de los folículos pilosos que provienen de la capa basal de la epidermis, es una neoplasia de invasión local, crecimiento lento, rara vez produce metástasis y causa gran morbilidad. ^(2,3)

Los factores de riesgo esenciales para la aparición de esta neoplasia son: La piel blanca, que corresponde al fototipo I y II y la exhibición a la luz ultravioleta (LUV) procedente del sol. Las lesiones tumorales proliferan en su mayoría en áreas fotoexpuestas, con superioridad en cabeza y cuello, donde se muestran el 85 % de las lesiones. ⁽⁴⁾

El carcinoma basocelular constituye alrededor de un 75-80 % de los cánceres de piel en el mundo. ⁽⁵⁾ Cerca de los 3,5 millones de casos diagnosticados por año corresponden a un cáncer no melanomatoso y el CBC simboliza un 80 % del total. Este tumor destaca entre las más malignas, por ser uno de los de mayor número de mutaciones en el humano, hallándose hasta 65 mutaciones diferentes, influidas por la radiación ultravioleta (RUV) proveniente del sol. Su diagnóstico se basa en el estudio histopatológico, no obstante, mediante dermatoscopia en manos expertas, presenta una sensibilidad del 85 % y una especificidad del 95 %. ^(6,7)

En países como Estados Unidos la prevalencia de CBC alcanza las cifras de 226 y 362 por cada 100 000 habitantes por año. ⁽²⁾ En México el carcinoma basocelular simboliza entre el 75 y 80 % de los tumores malignos cutáneos. ⁽⁴⁾ En España se estima que la incidencia global cruda es de 113,05/100 000 personas al año. ⁽⁸⁾

En el año 2019 se diagnosticaron 7 129 pacientes con cáncer de piel en el sexo masculino; mientras que en el femenino el número de casos fue de 6 352. Estos datos demuestran la prevalencia de este tipo de cáncer en la comunidad y su preponderancia en los hombres. ⁽⁹⁾

Datos ofrecidos por el Anuario Estadístico de Salud de Cuba muestran que, en el año 2021, ⁽⁹⁾ fallecieron 595 pacientes por cáncer de piel, ya para el 2022 la cifra ascendió a 597 muertes por este tipo de neoplasia lo que demuestra el crecimiento significativo en los últimos años de esta enfermedad.

En la provincia Granma, del total de neoplasias diagnosticadas, el cáncer de piel ocupa en frecuencia el primer lugar en hombres y el segundo en mujeres, con una tasa de 27,65 por 100 000 habitantes. ⁽¹⁰⁾

En el hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley de Manzanillo, Granma, en los últimos años el número de casos ha ido en aumento, motivo por el cual los autores realizaron el estudio con el objetivo de caracterizar las variables clínicas y epidemiológicas del carcinoma basocelular en los pacientes atendidos en este centro hospitalario.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal con el objetivo de caracterizar las variables clínicas y epidemiológicas del carcinoma basocelular en el Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley, en el período comprendido desde enero 2018 a diciembre 2020. El universo lo integraron 377 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

-Pacientes de 20 años o más con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basocelular, fototipo cutáneo I, II, III.

Criterios de exclusión:

-Pacientes con datos incompletos en las historias clínicas.

Se estudiaron las siguientes variables:

Edad: Se consideró según los años y se agrupó en un intervalo de diez años. Escalas: Edad en años (20-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 y 71 y más).

Sexo: Se definió por el sexo biológico. Escalas (masculino y femenino).

Factores de riesgo: Se definió como los factores propensos para padecer la enfermedad. Escalas:

Fototipos cutáneos: I, II y III.

I: Personas albinas o caucásicas (piel rosada o muy pálida) y que su cabello fue de color rojo o muy rubio, con ojos claros, presentaron pecas y se quemaban con mucha facilidad durante la exposición al sol.

II: Personas con piel blanca, sensible y delicada, sin embargo, ligeramente menos blanca que las personas del grupo I. Tenían cabello rubio (rubio rojizo, rubio mediano o rubio oscuro) o castaño claro. Los ojos podían ser azules, verdes, grises o color avellana. Presentaron pecas, aunque en menor proporción que los del grupo I y tendían a quemarse cuando se exponían al sol, pero luego lograban un leve bronceado.

III: Personas con piel blanca, pero con pigmentación más intermedia. Tenían cabello rubio medio, castaño oscuro o negro. Los ojos fueron azules, marrones o negros, rara vez presentaban pecas.

Antecedentes familiares de carcinoma basal de piel: Sí o no.

Antecedentes de exposición solar prolongada: Sí o no.

Variedades clínicas del carcinoma basal: Se clasificó según la forma clínica de presentación. Escalas:

Carcinoma basal nodular.

Carcinoma basal superficial.

Carcinoma basalgipigmentado.

Carcinoma basalmorfeiforme.

Otras clasificaciones: fibroepitelioma de pinkus, el carcinoma basal aberrante, nodular perlada, plana cicatrizal, infiltrante, terebrante, adenoideo adenoquístico.

Variedades histológicas del carcinoma basal: Se evaluó según el resultado histológico informado en la biopsia de piel. Escalas (diferenciado y no diferenciado).

Áreas de riesgo: Se calificó según la localización topográfica en áreas de la piel. Escalas:

La zona de riesgo alto (*high-risk*) llamada área H, que abarca las regiones temporales, la pirámide nasal, áreas paranasales, regiones perioculares, región peribucal y regiones pre y retroauriculares.

El área de riesgo medio (*medium-risk*), llamada también área M, constituida por las regiones genianas y frontal de cara, cuello y cuero cabelludo.

El área de riesgo bajo (*low-risk*), llamada área L, formada por el tronco y las extremidades.

Recogida y procesamiento de la información: Para la recolección de la información se utilizó un formulario con las variables que serían objeto de estudio existente en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basal. La información obtenida se registró primero de forma manual y luego se procesó de forma automática a través del programa Excel para Windows versión 6.0 a partir de la cual se realizó el análisis estadístico utilizándose el programa SSPS para Windows versión 7.5. Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas.

La investigación fue realizada dando cumplimiento a los principios éticos básicos: autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y el de la justicia. Se realizó el estudio con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación en Salud y Consejo Científico del hospital Celia Sánchez Manduley. La información obtenida solo fue empleada con fines científicos.

RESULTADOS

La tabla 1 mostró que el año 2019 fue el que mayor número de caso de carcinoma basocelular aportó 168 (44,6 %). Las edades de 71 años o más fueron las predominantes con 135 pacientes para un 35,9 %. Las edades entre los 31 y 40 años tuvieron menos frecuencia de padecer CBC en un 3,4 % (Tabla 1).

Tabla 1 Distribución de pacientes con carcinoma basocelular según la edad y el año

Grupos de edades (años)	Años							
	2018		2019		2020		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20-30	2	0,5	1	0,3	0	0	3	0,8
31-40	2	0,5	6	1,6	5	1,3	13	3,4
41-50	18	4,8	27	7,2	6	1,6	51	13,5
51-60	26	6,9	32	8,5	19	5,0	77	20,4
61-70	33	8,8	45	11,9	20	5,3	98	26
71 y más	43	11,4	57	15,1	35	9,3	135	35,9
Total	124	32,9	168	44,6	85	22,5	377	100

Fuente: Historia clínica individual.

La tabla 2 enunció que el sexo femenino fue el más frecuente con CBC con 213 casos para un 56,5 % (Tabla 2).

Tabla 2 Distribución de pacientes con carcinoma basocelular según el sexo y el año

Sexo	Años							
	2018		2019		2020		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	55	14,5	67	18	42	11	164	43,5
Femenino	69	18,3	101	26,6	43	11,4	213	56,5
Total	124	33	168	44,5	85	22,5	377	100

Fuente: Historia clínica individual.

Según los factores de riesgo de los pacientes diagnosticados con CBC, 239 (63,4 %) de los individuos presentó fototipo cutáneo II; mientras que 233 (61,8 %) y 199 (52,8 %) poseían antecedentes patológicos personales y familiares de carcinoma basal respectivamente. 357 (94,5 %) de las personas refirieron estar expuestos al sol durante un tiempo prolongado (Tabla 3).

Tabla 3 Factores de riesgo de los pacientes con carcinoma basocelular

Factores de riesgo	Años								
	2018		2019		2020		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Fototipo cutáneo	I	15	4	32	8,5	13	3,4	60	15,9
	II	90	23,9	98	26	51	13,5	239	63,4
	III	19	5	38	10,1	21	5,6	78	20,7
Antecedente patológico personales de carcinoma basal	Sí	87	23,1	97	25,7	49	13	233	61,8
	No	37	9,8	71	18,8	36	9,5	144	38,2
Antecedente patológico familiares de carcinoma basal	Sí	65	17,2	91	24,1	43	11,4	199	52,8
	No	59	15,6	77	20,4	42	11,1	178	47,2
Antecedente de exposición solar prolongada	Sí	118	31,3	157	41,6	82	21,8	357	94,5
	No	6	1,6	11	2,9	3	0,8	20	0,5

Fuente: Historia clínica individual.

Se demostró que 14 (3,7 %) de los pacientes presentaron carcinoma basal de tipo morfeiforme. La zona de riesgo alto fue la predominante en los enfermos con este cáncer con un total de 259 pacientes para un 68,7 % (Tabla 4).

Tabla 4 Relación las variedades clínicas según áreas de riesgo en pacientes con carcinoma basal.

Variedades clínicas	Áreas de riesgo						Total	
	Zona H		Zona M		Zona L			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nodular	174	46,1	67	17,8	3	0,8	244	64,7
Superficial	36	9,6	19	5	9	2,4	64	17
Pigmentado	30	8	12	3,2	4	1	46	12,2
Morfeiforme	10	2,6	4	1,1	0	0	14	3,7
Otros	9	2,4	0	0	0	0	9	2,4
Total	259	68,7	102	27,1	16	4,1	100	100

Fuente: Historia clínica individual.

La tabla 5 mostró que 335 (88,8 %) de los pacientes presentaron carcinoma basal no diferenciado (Tabla 5).

Tabla 5 Clasificación histológica según las áreas de riesgo en pacientes con carcinoma basal.

Variedades histológicas	Áreas de riesgo.						Total	
	Zona H		Zona M		Zona L			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diferenciados	27	7,2	11	2,9	4	1,1	42	11,2
No diferenciados	232	61,5	91	24,1	12	3,2	335	88,8

Fuente: Historia clínica individual.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular es una afección frecuente en la población y uno de los principales motivos de consulta de Dermatología, siendo el año 2019 el que mayor número de pacientes aportó, lo cual se atribuyó a la pandemia de la COVID-19, donde algunos centros de salud estuvieron obligados a suspender las consultas para evitar la propagación del virus.

Sin embargo, los autores del estudio consideran que se le debe prestar una especial atención a este cácer desde la comunidad, debido a los factores de riesgo que predisponen a padecerlo, haciendo énfasis en la exposición a los rayos ultravioleta de la luz solar, sobre todo en un país tropical y caluroso como Cuba. No obstante, el estudio de Del Rio y Quintero,⁽¹⁰⁾ mostraron similares resultados, siendo el año 2019 el de mayor número de casos con CBC para un 39,6 %.

En el estudio, las edades mayores de 71 años fueron las más afectadas. Resultados similares evidenciaron las investigaciones de Vázquez et al.,⁽⁴⁾ donde los pacientes de este grupo de edad representaron el 37,1 % de la población. Acosta et al.,⁽¹⁾ encontraron que el 49,2 % de los individuos diagnosticados con carcinoma basal pertenecían a este grupo etario.

Sin embargo, el estudio de Marichal et al.,⁽¹¹⁾ mostró resultados opuestos a la investigación, predominando las edades entre 60 y 74 años en un 51,7 %.

Los autores plantean que el carcinoma basal predomina en los individuos de edades avanzadas debido a que se necesita un período de latencia entre 20 y 50 años. Factor como las radiaciones ultravioletas y la aparición de la enfermedad asociado al efecto acumulativo de la exposición solar, va originando cambios en los queratinocitos en el transcurso de la vida, manifestándose años después,

todo ello vinculado al envejecimiento poblacional conlleva a la aparición del cáncer.

En la investigación existió un predominio del sexo femenino sobre el masculino. Resultado opuesto mostró el estudio de Acosta et al.,⁽¹⁾ donde el 64,4 % de los pacientes eran hombres. De igual forma Loizate et al.,⁽⁸⁾ plasmaron en su investigación que el 52 % de los individuos eran varones.

El estudio de Ferrá et al.,⁽¹²⁾ titulado Caracterización de pacientes con carcinoma basocelular tratados con HeberFERON; expusieron que el sexo masculino fue el más representativo en un 68,1 %. Resultado que difiere de la investigación.

No obstante, otras investigaciones mostraron una preeminencia del sexo femenino como es el caso del estudio de Ramírez Pérez,⁽¹³⁾ donde las mujeres representaron el 50,9 %; mientras que en la investigación de Robledo et al.,⁽¹⁴⁾ este sexo representó el 60 % de los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular. Los resultados de estas investigaciones coincidieron con lo encontrado en el estudio.

La igualdad de géneros y el empoderamiento de la mujer, ha favorecido a que ellas desarrollos las mismas actividades tanto laborales como recreativas que el hombre, lo que pudiera influir en los resultados evidenciando una tendencia actual para la aparición del carcinoma basal en este sexo.

Los autores consideran que la preponderancia del sexo femenino se debe a que, por razones estéticas, las mujeres acuden con mayor frecuencia a la consulta dermatológica que los hombres, además en la actualidad la tendencia de la moda es el uso de ropas más descubiertas, por lo que se exponen al sol y sin protección adecuada.

En lo referente a los factores de riesgo, se observó en el estudio un predominio de pacientes con fototipo cutáneo II. Resultado que armonizó con el estudio de Florez et al.,⁽¹⁵⁾ donde en una jornada de detección de cáncer de piel en Colombia, este fototipo fue el más frecuente en 46,7 %.

En la investigación de Del Rio y Quintero al.,⁽¹⁰⁾ existió una superioridad del fototipo cutáneo II, seguido por el tipo III para un 48,9 % y un 41 % respectivamente. Estos resultados concordaron con lo encontrado en el estudio.

En el estudio de Ferrá et al.,⁽¹²⁾ el fototipo cutáneo más frecuente fue el III en un 59,1 %, resultado que difiere a la investigación.

La investigación de Marichal et al.,⁽¹¹⁾ demostró como factor de riesgo más determinante para padecer esta enfermedad que el 97 % de las personas eran de piel blanca o rosada. Resultado que armonizó con lo obtenido en el estudio. El riesgo promedio de una persona de piel blanca de desarrollar CBC es de cerca del 30 %.⁽⁶⁾

Los autores consideran que las personas de piel clara son más propensas a padecer de CBC debido a que presentan menos melanina, un pigmento protector de la piel que protege contra las exposiciones solares.

En el estudio la mayoría de los pacientes presentaron Antecedentes Patológicos Personales (APP) de carcinoma basal. Resultado que difiere a lo encontrado por las investigaciones de Marichal et al.,⁽¹¹⁾ y Acosta et al.,⁽¹⁾ donde solo la minoría de los enfermos presentaban APP de CBC en un 35 % y un 8,4 5 respectivamente. Los individuos con antecedente personales de carcinoma basal acrecientan el riesgo de un segundo CBC en un 36-50 %.⁽⁷⁾

En la investigación la mayoría de las personas presentaron Antecedentes Patológicos Familiares (APF) de carcinoma basal. Resultado que coincidió con el estudio de Marichal et al.,⁽¹¹⁾ donde el 90 % de los pacientes referían APF de CBC.

Los autores consideran que los APF guardan relación con la predisposición genética; sobre todo con el gen supresor P-53 o Tp53, localizado en el locus 13 del brazo corto del cromosoma 17, es el más estudiado y en su estado natural o salvaje (no mutado), actúa como protector del genoma.⁽¹⁶⁾ Se estima que más del 50 % de todas las neoplasias malignas del ser humano cuentan con un gen Tp53 mutado y la mayoría son de tipo sin sentido.^(17,18)

En el estudio la generalidad de los pacientes presentó antecedentes de exposición solar. Resultado que concordó con Curbelo et al.,⁽¹⁸⁾ donde obtuvieron que el 96,2 % de las personas estudiadas desempeñan labores en las que debían exponerse al sol, desempeñando las radiaciones ultravioletas un papel primordial en el desarrollo del cáncer de piel.

Existen dos tipos de rayos ultravioleta (RUV): La A y la B. cuando la longitud de onda de 320-400 nanómetros (RUVA) y 290-320 nanómetros (RUVB) puede ocasionar daños en la piel.⁽¹⁹⁾ Los autores consideran que la exposición de las personas a los RUV del sol constituye uno de los principales factores de riesgo a padecer cáncer de piel. La RUVB produce un daño directo al ADN, lo que induce a las mutaciones de los genes supresores tumorales, en tanto la RUVA estimula el estrés fotooxidativo y alteraciones a través de la generación de especies reactivas de oxígeno generando un nexo potencial entre la LUV y la reducción de la inmunidad.^(18,19)

Además, los autores consideran que la preponderancia de estos factores de riesgo se debe a la poca percepción de riesgo del cáncer de piel en la comunidad, por lo que muchas personas se exponen a las radiaciones solares y no usan medios de protección para resguardarse de la luz ultravioleta del sol.

Según las variedades clínicas del CBC, en el estudio predominaron los pacientes con carcinoma basal de tipo nodular. Resultado que coincidió con la investigación de Ramírez,⁽¹³⁾ donde el 86,2 % de las personas presentaron esta forma clínica de la enfermedad.

El estudio de Ferrá et al.,⁽¹²⁾ mostraron que el 50 % de los pacientes fueron diagnosticados con carcinoma basal de tipo nodular. De igual forma en el estudio de Marichal et al.,⁽¹¹⁾ esta forma clínica estuvo presente en el 44,1 % de las personas. Resultados similares a lo obtenido en la presente investigación.

El carcinoma nodular de células basales representa cerca del 50-54 % de todos CBC. Se pueden observar pápulas o nódulos, que tienen forma de perla, de color oscuro o rojo, y presentan telangiectasias en la superficie. Este es un factor popular de coherencia. Estos tumores en su generalidad no presentan síntomas, pero, a medida que crecen, pueden ulcerarse y sangrar.⁽⁷⁾

En cuanto a la zona de riesgo de exposición, la llamada área H fue la que más se afectó en los pacientes. Resultado que se debe a que estas áreas son las de mayor exposición a la luz solar y por ende las más propensas a padecer carcinoma basal.

Los estudios de Ferrá et al.,⁽¹²⁾ y Acosta et al.,⁽¹⁾ evidenciaron que el 81,9 % y 81,3 % de los pacientes presentaron lesiones en la cara proporcional. De igual forma Curbelo et al.,⁽¹⁸⁾ encontraron lesiones en las regiones de la nariz (32 %) y la mejilla (25 %). Estos resultados concordaron con lo emanado en la actual investigación.

En la investigación según las variedades histológica del CBC, preponderaron las de tipo no diferenciado. Resultado que concordó con Verdugo et al.,⁽²⁰⁾ donde el 58 % de los pacientes presentaron la variedad histológica no diferenciada. De igual manera Del Rio y Quintero,⁽¹⁰⁾ refirieron un predominio de este tipo histológico de cáncer en un 35,9 %.

CONCLUSIONES

El carcinoma basocelular es una afección frecuente en la población manzanillera y continúa siendo un desafío para el sistema de salud. Tiene gran frecuencia en las personas de edad avanzada. La exposición prolongada a la luz solar, así como la piel blanca y los antecedentes personales y familiares de carcinoma basocelular constituyen los factores de riesgo primarios para el desarrollo de esta entidad oncológica. La forma clínica nodular y la variedad histológica no diferenciado resultan ser las más usuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Medina D, Boyeros Fernández D, García López L. Caracterización clínica de pacientes con carcinoma basocelular. Medimay [Internet]. 2023 [citado 20 Mar 2024]; 30(3) :[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2046>
2. Sánchez Linares V, Cifuentes Suarez JP, Martínez Cuervo JJ, Román Simón M, Pérez García C, Bello Rivero I. Carcinoma basocelular del rostro tratado con HeberFERON. Gac Méd Espirit [Internet]. 2019 [citado 20 Mar 2024]; 21(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en:
<https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1992>

3. Alejandre Ovejero B, Garde Lecumberri C, García Martínez MÁ, Mirón Pozo B. Carcinoma basocelular perianal, una localización infrecuente. *Cir Andal* [Internet]. 2024 [citado 20 Mar 2024]; 35(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9314368.pdf>
4. Vázquez Blanco E, Domínguez Moralobo RA, Zamora León I, Valerino Guzmán E, Vázquez Ortíz HJ. Caracterización clínica y epidemiológica del carcinoma basocelular en el Hospital Celia Sánchez Manduley, 2017- 2019. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2021 [citado 20 Mar 2024]; 25(5): e5053. Disponible en: <http://revcjmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5053>
5. Barcaui EO, Carvalho Pinares AC, Valiante PM, Piñeiro Maceira J, Baptista Barcaui C. High-frequency (22-MHz) ultrasound for assessing the depth of basal cell carcinoma invasion. *Skin Res Technol* [Internet]. 2021 [citado 20 Mar 2024]; 27(5):676-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33404160/>
6. González Moncayo JN, Ventosa Ruiz P, García Ruiz I. Sospecha ecográfica de carcinoma basocelular. A propósito de un caso. *Rev Esp Podol* [Internet]. 2023 [citado 20 Mar 2024]; 34(2):109-112. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/podologia/v34n2/2695-463X-podologia-34-02-109.pdf>
7. Álvarez Castillo A, Rodríguez Alfaro JM, Salas Boza A. Revisión sistemática del carcinoma basocelular. *Rev méd sinerg* [Internet]. 2020 [citado 20 Mar 2024]; 5(5):e483. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/483>
8. Loizate Sarrionandia I, de la Rosa Fernández E, González Rodríguez J, Hernández Hernández MH, Pelegrina ME, Castro Tarruellab MV. Carcinoma basocelular en el Área Sur de Salud de Tenerife. Características clínico-patológicas fundamentales y estado de los bordes tras exéresis. *ACTAS Dermosifiliográficas*. [Internet] 2023 [citado 20 Mar 2024]; 114(8). 674-679. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/escarcinomabasocelularelareasurarticuloS0001731023003241>
9. Ministerio de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2021 [Internet]. La Habana, Cuba: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2022 [citado 25 Dic 2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/AnuarioElectr%3Bnico-Espa%3Bol-2019-ed-2020.pdf>
10. Del Rio Ysla MB, Quintero Ortiz L. Incidencia del carcinoma basocelular y perfil clínico epidemiológico de los enfermos del área de salud Sur del municipio Ciego de Ávila. *Mediciego* [Internet]. 2021 [citado 20 Mar 2024]; 27(1). Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1939>
11. Marichal Martínez YA, Vázquez Carvajal L, Góngora Ávila CR, Frías Pérez AE, Noy Díaz D. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con carcinoma basocelular pertenecientes al área norte de Ciego de Ávila. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2022 [citado 20 Mar 2024]; 101(5). Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3837>

12. Ferrá Torres T, Sánchez Rodríguez E, Ballester Caballero Y, Sallary Gutiérrez K. Caracterización de pacientes con carcinoma basocelular tratados con HeberFERON. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2020 [citado 23 Mar 2024]; 24 (2) :[aprox. 10 p.]. Disponible en:
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7136>
13. Ramírez Pérez JP. Caracterización epidemiológica, clínica e histopatológica del carcinoma basocelular en el Hospital II-2 Tarapoto, periodo enero-diciembre 2019 [tesis]. Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2022 [citado 23 Mar 2024]. Disponible en: <https://tesis.unsm.edu.pe/bitstream/11458/4698/1/INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS%20-%20JPRP.pdf>
14. Robledo Méndez H, Rodas Pernillo O, Rodríguez González E. Caracterización epidemiológica, clínica e histopatológica del carcinoma basocelular de piel. Rev méd (Col. Méd. Cir. Guatem.) [Internet]. 2021 [citado 23 Mar 2024]; 160(1):34-7. Disponible en:
<https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/262>
15. Florez Morales I, Bertel Rodríguez D, Correa Londoño LA, VelásquezLópez MM. Reporte de la experiencia de la Sección de Dermatología de la Universidad de Antioquia en la quinta jornada de detección de cáncer de piel, Asocolderma 2016. Iatreia [Internet]. 2018[citado 23 Mar 2024]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v31n4/0121-0793-iat-31-04-00362.pdf>
16. Feroz W, Ali Sheikh AM. Exploring the multiple roles of guardian of the genome: P53. Egypttis Journal of Medical Human Genetics [Internet]. 2020 [citado 23 Mar 2024];21. Disponible en:
<https://jmhg.springeropen.com/counter/pdf/10.1186/s43042-020-00089-x.pdf>
17. Freire V. Antecedente de grado de expresividad de p53 en carcinomas basocelulares como predictor de recurrencia. CAMbios-HECAM [Internet]. 2023 [citado 23 Mar 2024]; 22(2):e770. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/770>
18. Curbelo Alonso M, Díaz Leonard D, Bernadez Cruz Y, Suarez Rodríguez A. Cáncer de piel no melanoma y radiaciones ultravioletas. Folia dermatol cuban [Internet]. 2020 [citado 23 Mar 2024]; 12(1) Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/114>
19. Gracia Cazaña T, González S, Parrado C, Juarranz, Gilaberte Y. Influence of the Exposome on Skin Cancer. Actas Dermo-sifiliográficas [Internet]. 2020 [citado 23 Mar 2024]; 111(6):460-70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731020301332?via%3Dihub18>
20. Verdugo Castro PN, Muñoz Estrada VF, Gaxiola Álvarez EA. Estudio clínico e histopatológico de carcinoma basocelular en individuos menores de 40 años. Rev Med UAS [Internet]. 2019 [citado 23 Mar 2024];9(4):192-201. Disponible en:
<https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v9/n4/carcinomabasocelular.pdf>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yanara Alejandre-Mayo (Conceptualización. Análisis formal. Análisis formal. Validación. Visualización. Redacción-revisión y edición).

Derkis Prado-Lemus (Conceptualización. Análisis formal. Análisis formal. Validación. Visualización. Redacción-revisión y edición).

Mabel Yanet Montero-Lemes (Conceptualización. Análisis formal. Análisis formal. Validación. Visualización. Redacción-revisión y edición).

Yunior Meriño-Pompa (Conceptualización. Análisis formal. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Sulanys Yainet Naranjo-Vázquez (Conceptualización. Análisis formal. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).