

Caracterización clínica e histopatológica del cáncer cutáneo no melanoma

Clinical and histopathologic characterization of non-melanoma cutaneous cancer

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga

Hospital Militar Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el cáncer cutáneo no melanoma incluye el carcinoma basocelular y el de células escamosas, es el tipo de neoplasia maligna más frecuente en el hombre. Cada año se reportan en el mundo entre dos y tres millones de nuevos casos y se estima que mueren 66 000 personas por este tipo de enfermedad.

Objetivo: determinar las características clínicas e histopatológicas del cáncer cutáneo no melanoma.

Método: se realizó un estudio descriptivo transversal en un grupo de pacientes con cáncer cutáneo no melanoma, que acudieron la consulta de Dermatología del Hospital Militar de Camagüey, desde enero del 2007 hasta diciembre del 2008, constituyeron el universo 89 pacientes, la muestra probabilística se conformó por 47 pacientes escogidos por el método aleatorio simple, se consideraron los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación. La fuente primaria de los datos la constituyó la entrevista del paciente, el examen físico, y el resultado histológico. A todos los enfermos se les realizó el diagnóstico clínico y se les practicó biopsia por escisión elíptica de la lesión. Se relacionó el diagnóstico clínico con el histopatológico.

Resultados: existió un discreto predominio en los pacientes del sexo femenino y una mayor frecuencia en el grupo de edades de 60 a 80 años; así como la raza blanca. Las localizaciones más frecuentes fueron la cara, el cuello y el tórax.

Conclusiones: el carcinoma basal mostró ser el tipo de cáncer cutáneo no melanoma más frecuentemente, en las personas afectadas se comprobó una marcada coincidencia clínico histopatológica.

DeSC: NEOPLASIAS CUTÁNEAS/Patología, BIOPSIA; CARCINOMA BASOCELULAR; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA

ABSTRACT

Background: non melanoma cutaneous cancer includes basal cell carcinoma and squamous cells one, is the most frequent type of malignant neoplasia in the man. Every year are reported between two and three million in the world of new cases and is considered that 66 000 people die for this kind of disease.

Objective: to determine the clinical and histopathologic characteristics of non-melanoma cutaneous cancer.

Method: a cross-sectional descriptive study in a group of patients with non-melanoma cutaneous cancer attended in the consultation of Dermatology at the Military Hospital of Camagüey, from January 2007 to December 2008, constituted the universe 89 patients, the probabilistic sample conformed by 47 patients chosen by the simple random method, inclusion and exclusion criteria were considered for the investigation. The primary source of the data constituted the patient's interview, the physical exam, and the histological result. To all the sick persons were carried out the clinical diagnosis and a biopsy by elliptic excision of the lesion were practiced. The clinical diagnosis with the histopathologic one was related.

Results: a discreet prevalence in patients of the female sex and a bigger frequency in the age group from 60 to 80 years existed; as well as the white race. The most frequent localizations were the face, the neck and thorax.

Conclusions: basal carcinoma showed to be the most frequent type of non-melanoma cutaneous cancer; in the affected people was proven a marked clinical-histopathologic coincidence.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cutáneo no melanoma incluye el carcinoma basocelular y el de células escamosas, es el tipo de neoplasia maligna más frecuente en el hombre. Cada año se reportan en el mundo entre dos y tres millones de nuevos casos y se estima que mueren 66 000 personas por este tipo de enfermedad. ¹ Entre un 40 y un 50 % de toda la población, habrá padecido al menos un tipo de cáncer cutáneo no melanoma al llegar a los 65 años. Se observa un incremento actual de su incidencia, que afecta de manera considerable a la población adulta laboralmente activa; con una desfavorable repercusión económica, social y el consecuente deterioro en la calidad de vida, a lo que se suma el costo elevado de su tratamiento en numerosos países. ²

En Australia se exhiben los porcentajes más altos del mundo. En los Estados Unidos, es el cáncer más común en la población blanca. México, a través del Registro Nacional Histopatológico de Neoplasias Malignas, reporta que el cáncer de piel no melanoma, ocupa el primer lugar en frecuencia. ³

En los últimos 50 años, los países de América Latina y el Caribe, experimentan cambios demográficos y epidemiológicos, que favorecen el aumento absoluto de las personas que padecen la enfermedad. Cuba se sitúa actualmente, dentro de los países de América Latina y el Tercer mundo con mayor incidencia del cáncer de piel no melanoma, mostrando una tasa de 55,46 por 100 000 habitantes. Según los datos que aparecen reflejados en el Registro Nacional del Cáncer, esta neoplasia cutánea maligna se ubica en el segundo lugar de la Tabla General por Cáncer y muestra cada año un incremento considerable. ⁴

Investigaciones recientes realizadas en la provincia Camagüey, se analizaron las distribuciones de las tasas de morbilidad del cáncer cutáneo no melanoma por años, las cuales demostraron que en los últimos cinco años, se produjo un aumento notable de los individuos que sufren la enfermedad y sus nefastas consecuencias, por lo que se informa como la quinta región del país con mayor número de sujetos afectados. El carcinoma basal se reporta en nuestra provincia con mayor frecuencia que el carcinoma epidermoide, fundamentalmente en los individuos que se exponen por largos períodos de tiempo a las radiaciones solares. ^{4,5}

El objetivo de la investigación es determinar las características clínicas e histopatológicas del cáncer cutáneo no melanoma.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en un grupo de pacientes con cáncer cutáneo no melanoma, que acudieron a la consulta de dermatología del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008. El universo se constituyó por 89 pacientes mayores de 15 años, que presentaron lesiones tumorales sugerentes de cáncer cutáneo no melanoma.

La muestra probabilística quedó conformada por 47 pacientes escogidos por el método aleatorio simple, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio.

Se analizaron las variables de caracterización demográfica (grupo de edades, sexo y color de la piel), localización y tipo de afección, que respondían a los objetivos propuestos.

Se confeccionó una encuesta que incluyó las variables objeto de estudio.

Los pacientes fueron encuestados por el autor con previo consentimiento informado, según las normas de Helsinki y las encuestas una vez llenadas, constituyeron el registro primario de la investigación.

A todos los pacientes incluidos en el estudio se les practicó biopsia por escisión elíptica de la lesión, con margen de seguridad de 1cm, se utilizó la lidocaína al 2 % como anestésico local. Un especialista en Anatomía Patológica seleccionado para el estudio, estableció el diagnóstico histológico utilizando el microscopio de luz.

Se tuvieron en cuenta para el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo no melanoma, las diferentes formas de presentación de la enfermedad y se determinó además, la relación entre el diagnóstico clínico y el histológico.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa MICROSTAT, se empleó estadística descriptiva para distribución de frecuencia y porcentajes.

Los resultados se expresaron en cuadros.

RESULTADOS

Al analizar la distribución según grupos de edades, se observó un predominio del grupo comprendido por los pacientes de 60 a 80 años de edad, con 32 enfermos (68 %). Se comprobó que en la medida que aumentó la edad, se incrementó la frecuencia de cáncer cutáneo no melanoma. Los pacientes en edades comprendidas entre 20 y 39 años representaron apenas el 2 % del total. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución según grupo de edades

Cáncer cutáneo no melanoma	Grupos de edades							
	320-39		40-59		60-80		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma basocelular	1	2	9	19	25	53	35	74
Carcinoma de células escamosas	0	0	5	11	7	15	12	26
Total	1	2	14	30	32	68	47	100

Fuente: encuesta

Con respecto a la distribución según el sexo, tanto en el carcinoma basal como en el carcinoma de células escamosas, se observó un discreto predominio del sexo femenino (55 %), con respecto al sexo masculino (45 %). (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución según sexo

Cáncer cutáneo no melanoma	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma basocelular	16	34	19	40	35	74
Carcinoma de células escamosas	5	11	7	15	12	26
Total	45	45	26	55	47	100

Fuente: encuesta

En relación al color de la piel, que por nuestro mestizaje más bien pudiera definirse por los rasgos morfológicos, existió un marcado predominio de los pacientes con la piel blanca (72 %) con respecto a los mestizos (24 %) y a los de piel negra (4 %).

Tabla 3. Distribución según color de la piel

Cáncer cutáneo no melanoma	Color de piel							
	Blanca		Negra		Mestiza		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma basocelular	26	55	2	4	7	15	35	74
Carcinoma de células escamosas	8	17	0	0	4	9	12	26
Total	34	72	2	4	4	24	47	100

Fuente: encuesta

Al analizar la localización anatómica, en ambas formas de presentación del cáncer cutáneo no melanoma, el mayor número de enfermos presentaron lesiones tumorales en la cara, con 26 pacientes (55 %). El cuello y el tórax en igual proporción (13 %), fueron afectados con frecuencia.

La localización en la mano, representó el menor número de casos con solo un paciente (2 %). (Tabla 4)

Tabla 4 Distribución según localización anatómica

Cáncer cutáneo no melanoma	Localización no anatómica													
	Cara		Oreja		Cuello		Tórax		Antebrazo		Mano		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma basocelular	20	43	1	2	5	11	4	9	4	9	1	2	35	74
Carcinoma de células escamosas	6	13	2	4	1	2	2	4	1	2	0	0	12	26
Total	26	55	3	6	6	12	6	13	5	11	1	2	47	100

Fuente: encuesta

Con respecto a la distribución según tipo de cáncer, se apreció un mayor número de enfermos afectados por en el carcinoma basocelular (74 %), con relación al carcinoma de células escamosas (26 %). Al examinar la relación clínico histopatológica, no hubo una total coincidencia diagnóstica en todos los pacientes incluidos en el estudio, pues seis de los enfermos (13 %) no fueron diagnosticados correctamente. El mayor error se cometió con el carcinoma de células escamosas, representado por cuatro pacientes (9 %), que fue confundido en la totalidad de los enfermos mal diagnosticados con el queratoacantoma. Le siguió en orden de frecuencia el carcinoma basocelular con dos pacientes (4 %), confundidos a su vez con la queratosis actínica. (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución según tipo de cáncer y relación clínico histopatológica

Cáncer cutáneo no melanoma	Coincidencia clínico histopatológica					
	Si		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma basocelular	33	70	2	4	35	74
Carcinoma de células escamosas	8	17	4	9	12	26
Total	41	87	6	6	47	100

Fuente: encuesta

DISCUSIÓN

El cáncer de piel no melanoma se incrementa en proporciones epidémicas en los últimos años, este constituye el tipo más común de neoplasia maligna. La radiación ultravioleta es el factor de riesgo más importante para su desarrollo, diagnóstico y tratamiento, en muchos de los casos continúa siendo tardío. ⁶

En nuestra investigación el mayor número de enfermos con cáncer cutáneo no melanoma, estuvieron en edades comprendidas entre 60 a 80 años, esto se explica porque el mayor número de personas afectadas aparecen generalmente después de la sexta década de la vida, con un promedio de edad de 68 años. ⁶ Marquina Vila ⁷ en España, y Victoria ⁵ en Cuba, encontraron un predominio en hombres mayores de 60 años, con tendencia general al incremento de la frecuencia, según aumentan los años de vida.

La discreta preponderancia de las mujeres enfermas sobre los hombres, se justifica por la distribución actual por sexos en las áreas de salud que atiende el Hospital Militar Octavio de la Concepción y de la Pedraja; siendo esta para el sexo femenino del 69, 4 % y del masculino 30,6 %. ⁸ En Inglaterra, Rubin, et al ⁹ obtuvieron resultados similares, al predominar el sexo femenino sobre el masculino; sin embargo, no coincide con trabajos realizados en Argentina por Bittar, et al ¹⁰ que reportaron el mayor número de enfermos del sexo masculino.

En relación con el color de la piel, predominó el cáncer cutáneo no melanoma en pacientes de piel blanca; lo que se corresponde con lo expuesto por Loomies ¹¹ y Beckenstein y Windle, ¹² en trabajos realizados en Estados Unidos, al señalar que la capacidad que tiene la piel para defenderse de los efectos de la radiación solar mediante la pigmentación cutánea, explica por qué hay una menor incidencia del carcinoma basal y epidermoide en la piel

negra, aún en los climas tropicales; en tanto que las personas de piel blanca, debido a su relativa incapacidad para broncearse, son especialmente vulnerables. Nuestros resultados reflejan coincidencia con lo expresado por Beacham ¹³ y Lepardieu, ¹⁴ en Francia, quienes en un estudio de 200 pacientes, demostraron que en las personas con color blanco de la piel y con mayor tiempo de exposición al sol, conlleva a un riesgo mayor de padecer la enfermedad.

Al analizar la localización anatómica, al mayor número de enfermos se vieron afectados por lesiones tumorales malignas en la cara; lo que se relaciona con lo obtenido en Estados Unidos por Harris y Griffith, ¹⁵ y en México por Carbajosa y Arenas, ¹⁶ quienes determinaron que la principal localización de los tumores epiteliales está en las áreas de mayor exposición solar crónica, especialmente en la cara, resultando menos frecuentes en el tronco y las extremidades. Por su parte Chuang y Popescu, ¹⁷ plantearon que el carcinoma basocelular y el de células escamosas, aparecen frecuentemente en la cabeza y el cuello, con particular predilección por la parte superior y central de la cara.

Con respecto a la distribución según tipo de cáncer, se apreció en nuestro trabajo un mayor número de personas afectadas por en el carcinoma basocelular. El estudio de Gandal ¹⁸ en Chile, se corresponde con el nuestro, pues de 655 pacientes estudiados, la mayor incidencia estuvo representada por el carcinoma basal, que comprendió mucho más de la mitad de los enfermos (65 %). Arenas ¹⁹ en México, y Tamura ²⁰ en Japón, obtuvieron resultados similares, al reportar un predominio del carcinoma basocelular con el 62 % y el 73 % respectivamente. El mayor error diagnóstico se cometió con el carcinoma de células escamosas, que fue confundido con el queratoacantoma; siguiéndole en orden de frecuencia el carcinoma basocelular, confundido a su vez con la queratosis actínica. Cribier, ²¹ en un estudio donde incluyó a 296 enfermos de cáncer cutáneo no melanoma, llegó a la conclusión que el queratoacantoma debe ser bien diferenciado del carcinoma de células escamosas, pues por su gran similitud en ocasiones es indistinguible desde el punto de vista clínico e histopatológico, lo que le reportó un 7, 4 % de errores diagnósticos. Albin y Murray ²² destacan, que aunque la exactitud en el diagnóstico del carcinoma basal resulta sorprendente, no es ineludible, con un diagnóstico correcto del 98, 3 % en dermatólogos de centros hospitalarios, del 96, 1 % en dermatólogos con consulta privada y del 94, 5 % en residentes de dermatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnson P, Almoester J. Early detection and treatment of skin cancer. *Am Fam Physician* 2007;53(2):289.
2. Southerlan D. Risk factors for basal cell carcinoma. *Act Oncol* 2007;26(8):539-45.
3. Galder L. Cáncer cutáneo no melanoma. *Epidemiología y factores de riesgo. Rev Chilena Cir* 2007;25(3):2-7.
4. Incidencia de cáncer según sexo y principales localizaciones. *Anuario Estadístico Nacional de la República de Cuba*; 2006.
5. Victoria BH. Relación clínico histopatológica de lesiones tumorales de la piel. *Rev Arch Med Cam* 2004;10(4):1.
6. Clayman G, Lee J, Holsinger F, Zhou X, Duvic M, El-Naggar AI. Mortality Risk From Squamous Cell Skin Cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(4):759-765.
7. Marquina VA. Tumores de la piel. Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Iberolatinoam Med Cutánea* 1995;23(8):393-401.
8. Dirección Provincial de Estadísticas de Salud. Registro de Población Estimada. Camagüey; 2000-2005.
9. Rubin A, Chen E, Ratner D. Basal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med* 2005;353(21):2262-2269.
10. Bittar M, Dierna A. Estudio retrospectivo del Cáncer de Piel. *Rev Argent Dermatol* 2001;82:42-48.
11. Loomies PK. Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 2005;40:177-86.
12. Beckenstein MS, Windle BH. Basal cell carcinoma in black patients: the need to include it in the differential diagnosis. *Ann Plast Surg* 2005;35:546-48.
13. Beachman AF. Does intermittent sun exposure cause tumors and skin cancer? A case control study in Western Australia. *Int J Cancer* 2006;56:348-50.
14. Lepardieu DL. Cancers de la peau: Leurs liens avec les rayons ultraviolets. *Presse Med* 2005;24:1610-16.
15. Harris R, Griffith K, Moon T. Trends in incidence of nonmelanoma skin cancers in southeastern Arizona, 1985 - 1996. *JAAD* 2001;45:528-36.
16. Carbajosa IJ, Arenas RF. Tumores de la piel, consideraciones clínicas. *Dermatol Rev Mex* 2002;37(3):177-80.
17. Chuang TY, Popescu AL. Skin Tumors: A population based incidence study. *J Am Acad Dermatol* 2002;12:315-17.

18. Gandal SH. Carcinoma basocelular y epidermoide. Epidemiología y factores de riesgo. Rev Chilena Cir 2001;47(2):123-7.
19. Arenas RF. Lesiones tumorales de la piel, consideraciones clínicas y epidemiológicas. Rev Mex Dermatol 2000;28(5):220-21.
20. Tamura JK. Skin tumors among Japanese. Japan J Dermatol 2007;2:29-34.
21. Cribier JB. Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma with histopathological criteria. Is it possible?. Dermatology 2004;199: 208-212.
22. Albin JK, Murray SL. Clinical diagnostic accuracy of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 2005;67:112-118.

Recibido: 12 de mayo de 2009

Aprobado: 7 de septiembre de 2009

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga. I Especialista de II Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Hospital Militar Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba. *E-mail:* vhectoroscar@yahoo.es