

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento del cáncer de piel en Güines y San José de las Lajas

Behavior of skin cancer in Güines and San José de las Lajas

Doraiquis Lázara Acosta Medina,^I Alicia Bravo Hernández,^{II} Diana Ruíz Acosta,^{III} Gloria María Acosta Medina.^{III}

^IEspecialista de II grado en Medicina General Integral y I grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Máster en Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud y en Enfermedades Infecciosas. Policlínico Docente “Luis Li Tregent”. Güines, Mayabeque, Cuba.

^{II}Especialista de II grado en Medicina General Integral y I grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Máster en Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud y en Enfermedades Infecciosas. Policlínico Docente “Noelio Capote”. Jaruco. Mayabeque, Cuba.

^{III}Licenciada en Tecnología de la Salud. Profesor Instructor. Máster en Enfermedades Infecciosas, Policlínico Docente “Marta Martínez”. Güines, Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la incidencia del cáncer cutáneo, ha aumentado en grandes proporciones en el mundo. Cuba se sitúa actualmente, dentro de los países de América Latina y el Tercer Mundo con mayor incidencia del cáncer de piel no melanoma.

Objetivo: determinar la incidencia del cáncer cutáneo en Güines y San José de las Lajas.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo sobre la incidencia de pacientes operados por cáncer cutáneo en los hospitales de San José de las Lajas y Güines, durante los años 2009 al 2011. La muestra estuvo conformada por 352 pacientes con diagnóstico histológico de cáncer cutáneo. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, año de diagnóstico, localización de la lesión, diagnóstico histológico, y resección total.

Resultados: en el año 2009 se diagnosticaron 117 casos, de cáncer de piel, 105 en el 2010 y 130 en el año 2011. El carcinoma basocelular fue el más frecuente, con un 76 % de pacientes afectados por él, el carcinoma de células escamosas ocupó el 21 % y el melanoma cutáneo se presentó en un 2 %. El mayor porcentaje de pacientes afectados fueron hombres, con un 54 %, sobre el 46 % que representaron las mujeres. El 59 % de las lesiones se encontraban en la cabeza, el 15 % en el cuello, el 13 % en las extremidades y el 12 % en el tórax.

Conclusiones: durante el año 2011 se diagnosticó el mayor número de pacientes con cáncer de piel, el más frecuente fue el carcinoma basocelular. Las edades comprendidas entre los 50 y 69 años fueron las más afectadas. Los hombres

representaron la mayoría de los pacientes, en la cara se encontraron mayormente las lesiones.

Palabras clave: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma.

ABSTRACT

Introduction: the incidence of cutaneous cancer has increased in large proportions in the world. Cuba currently stands within Latin America and Third World countries with the highest incidence of non-melanoma skin cancer.

Objective: to determine the incidence of cutaneous cancer in Güines and San José de las Lajas.

Methods: a longitudinal, retrospective, descriptive study was performed on the incidence of patients who underwent surgery for cutaneous cancer in Güines and San José de las Lajas hospitals, during the years 2009 to 2011. The sample consisted of 352 patients with histological diagnosis of cutaneous cancer. The variables used were age, sex, year of diagnosis, location of the lesion, histological diagnosis, and complete resection.

Results: in the year 2009, 117 cases of cutaneous cancer were diagnosed, 105 in 2010 and 130 in 2011. Basal cell carcinoma was the most frequent, with 76 % of patients affected by it, squamous-cell carcinoma occupied 21% and cutaneous melanoma was presented by 2 %. The highest percent of patients were men, with 54 %, about 46 % representing women. 59 % of the lesions were in the head, 15% in the neck, 13 % in the extremities and 12% in the thorax.

Conclusions: in 2011 it was diagnosed the largest number of patients with skin cancer, the most common were basal cell carcinoma. Ages between 50 and 69 years were the most affected. Males accounted for the majority of patients, lesions were mostly found in the face.

Key words: basal cell carcinoma, squamous-cell carcinoma, melanoma.

INTRODUCCIÓN

Bajo la denominación cáncer de piel se incluye un conjunto de neoplasias malignas con características muy diferentes, tanto por su origen como por sus factores de riesgo y pronóstico. Se distinguen dos grandes grupos: el grupo melanoma maligno (MM) y el de los que por exclusión reciben la denominación de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), que abarca fundamentalmente los carcinomas espinocelulares y los basocelulares, ya que otras neoplasias incluidas en él (anexiales, sarcomas, etc.) son de muy baja frecuencia comparadas con estas.¹

La incidencia del cáncer cutáneo, principalmente en países tropicales, ha aumentado en grandes proporciones. Se estima que se diagnostican anualmente alrededor de tres millones de nuevos casos de cáncer de piel no melanoma en todo el mundo. Con una incidencia por encima de los 600.000 casos anuales, el cáncer no melanoma de piel (CNMP) constituye un tercio de todos los cánceres de los Estados Unidos.²

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.³

El carcinoma basocelular (CB) es el tipo más común de cáncer de la piel. Este tumor maligno es localmente infiltrante, agresivo y destructivo, pero tiene poca capacidad de metastatizar. Generalmente se origina sólo en la epidermis con capacidad para desarrollar folículos pilosos.

El carcinoma espinocelular (CE) es, tras el CB, el tumor maligno cutáneo más frecuente, representando el 20 % de los cánceres cutáneos. Deriva de los queratinocitos del cuerpo mucoso de Malpighio y su presentación habitual es un nódulo ulcerado o exofítico, que asienta sobre piel fotoexpuesta, generalmente dañada previamente por agentes físicos o químicos, en un hombre de piel clara y mayor de 50 años. Tiene capacidad invasiva y de producir metástasis a distancia.⁴

El melanoma maligno es un cáncer de piel que surge de los melanocitos, es el más mortal de todos los cánceres de piel. Aunque representan solamente 4 % de todos los casos de cáncer de piel, los melanomas son la causa principal de las muertes por esta causa.⁵

La mayoría de los cánceres de piel se deben a la exposición excesiva al sol. La Sociedad Americana de Cáncer estimó que en el 2007, más de 1 millón de casos de carcinomas basocelulares y espinocelulares y 60 mil casos de melanoma estuvieron asociados a radiación ultravioleta.

Otros factores de riesgo para todos los tipos de cáncer de piel incluyen: sensibilidad de la piel al sol, historia de exposición solar excesiva, enfermedades inmunosupresoras y exposición ocupacional. En un estudio realizado en el Departamento de Dermatología de Harvard se demostró que el uso regular de protector solar puede prevenir la aparición de melanoma.⁶⁻⁸

Según lo planteado anteriormente y la magnitud del problema, se considera que la investigación realizada, es necesaria, oportuna, factible y justificable. En la misma se determina la incidencia de pacientes operados por cáncer cutáneo en los hospitales de San José de las Lajas y Güines durante los años 2009 al 2011.

Por lo anterior se decidió realizar este estudio para determinar la incidencia del cáncer cutáneo en los hospitales de San José de las Lajas y Güines durante los años 2009 al 2011.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo sobre la incidencia de los pacientes operados por cáncer cutáneo en los hospitales de San José de las

Lajas y de Güines durante los años 2009 al 2011. Se tomó como universo el total de pacientes que fueron operados por el diagnóstico clínico de lesiones malignas de piel (cáncer cutáneo) en los hospitales de San José de las Lajas y Güines durante los años 2009 al 2011.

La muestra la formó el total de pacientes que fueron 352 con diagnóstico histológico de cáncer cutáneo en los hospitales de los municipios anteriormente citados.

Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, año de diagnóstico, localización de la lesión, diagnóstico histológico, y resección total.

Las variables utilizadas en este estudio fueron:

Edad

(Años): Cuantitativa discreta. Según edad del paciente que se recoja en la solicitud de biopsia

20-29

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80-89

90 y más

Sexo: Cualitativa nominal dicotómica. Según sexo del paciente: masculino o femenino

Año de diagnóstico: Cuantitativa discreta Según periodo en que se realizó diagnóstico positivo (2009, 2010, 2011)

Localización: Cualitativa nominal. Según región anatómica donde se localiza la lesión.

Cabeza

Cuello

Tórax

Extremidades

Diagnóstico histológico: Cualitativa ordinal. Según los patrones anátomo patológico encontrados en los cortes para establecer el diagnóstico.

Carcinoma basocelular

Carcinoma espinocelular

Melanoma maligno

La información se obtuvo de los archivos del Departamento de Citohistopatología de los Hospitales Generales Docentes "Leopoldito Martínez" y "Aleida Fernández", de los municipios de San José de las Lajas y Güines respectivamente, mediante el

modelo de solicitud de biopsia (citología), y a partir de ahí se confeccionó una planilla recopiladora de datos.

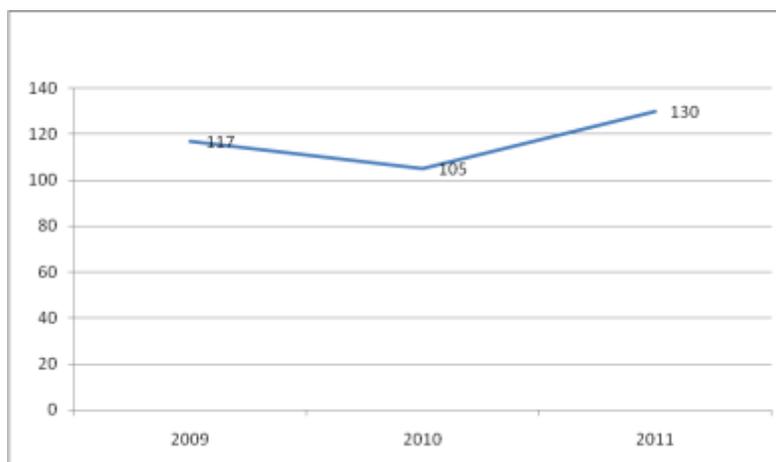
El método empírico se realizó a través del método clínico e histológico. La histopatología mediante la técnica de doble tinción hematoxilina-eosina para identificar el tipo de lesión cancerosa y así confirmar el diagnóstico según establece la literatura. El método teórico que se utilizará será el de análisis y síntesis e inducción y deducción. Se utilizó un análisis de distribución de frecuencia y por ciento.

La investigación se realizó bajo los principios éticos vigentes por el Sistema Nacional de Salud en Cuba. No se utilizó el consentimiento informado al paciente porque la información se obtuvo del modelo anteriormente explicado. Se mantendrá el carácter confidencial de la información obtenida a través de la investigación y de esta forma no se le realizará ningún daño físico, psicológico o social a los mismos.

RESULTADOS

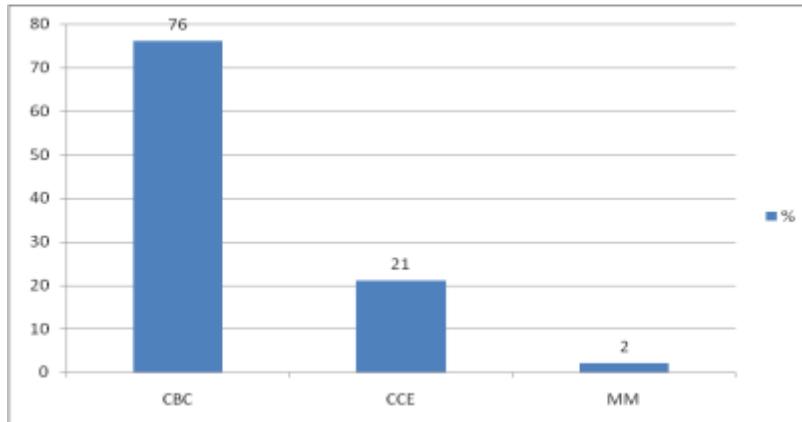
En el gráfico 1 se observa el comportamiento del cáncer cutáneo, y se aprecia que en el año 2009 se diagnosticaron 117 casos, 105 en el 2010 y 130 en el año 2011.

Gráfico 1. Comportamiento del cáncer cutáneo



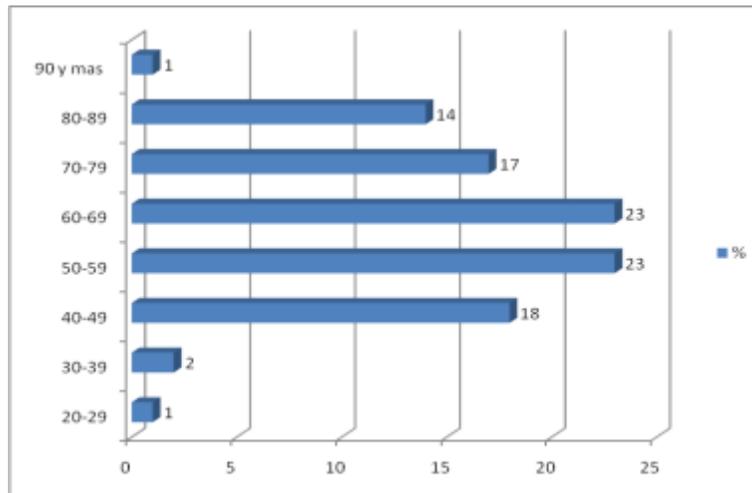
En relación al tipo de cáncer el gráfico 2 muestra que fue el carcinoma basocelular el más frecuente, con un 76 % de pacientes afectados por él, el carcinoma de células escamosas ocupó el 21 % y el melanoma cutáneo se presentó en un 2 %.

Gráfico 2. Distribución según tipo cáncer cutáneo



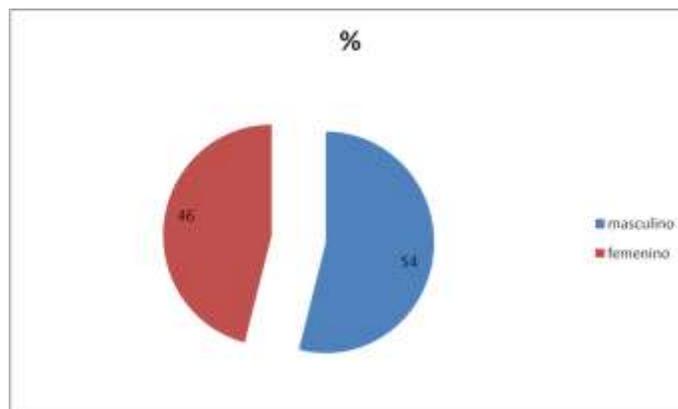
Al analizar la edad de los pacientes a los que se les diagnosticó un cáncer de piel se halló que los grupos de 50-59 años y el de 60-69 años fueron los más afectados con un 23 % cada uno, pero se pudo ver como se presenta también en pacientes jóvenes menores de 30 años (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución según grupos etarios de los pacientes con cáncer cutáneo



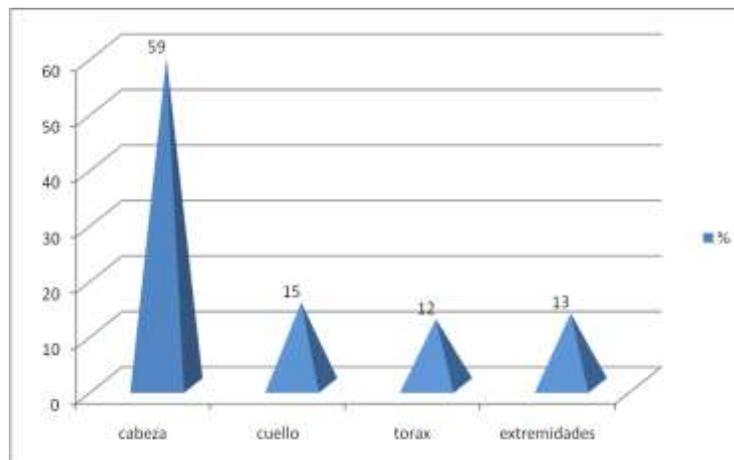
Fue el sexo otra de las variables estudiadas, y ellos mostraron que el mayor porcentaje de pacientes afectados de cáncer eran hombres con un 54 %, sobre el 46 % que representaron las mujeres (gráfico 4)

Gráfico 4. Distribución según sexo de los pacientes con cáncer cutáneo



En cuanto a la localización del cáncer de piel diagnosticado se encontró que el 59 % de ellos se encontraban en la cabeza, el 15 % en el cuello, el 13 % en las extremidades y el 12 % en el tórax (gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución según localización del cáncer cutáneo



DISCUSIÓN

El cáncer de piel es la forma más común del cáncer en el mundo entero.⁹ El cáncer de piel no melanoma muestra la más alta incidencia de cáncer de piel a nivel mundial, por lo que representa una alta morbilidad que contrasta con su baja mortalidad. La más frecuente de estas neoplasias es el carcinoma basocelular y en menor proporción el carcinoma de células escamosas, aunque este último se ha incrementado en los últimos años.

El melanoma, aunque menos frecuente, es más letal, ya que entre el 15 % y 20 % de los pacientes que desarrollan este tumor mueren por la enfermedad.¹⁰

En Cuba, según estudios realizados en La Habana, Las Tunas y Camagüey, las lesiones tumorales cutáneas poseen una alta frecuencia, evidenciando que el carcinoma basal representa la mayor cantidad de casos, lo que coincide con los resultados de este estudio.¹¹ De igual forma en los Estados Unidos se plantea que el carcinoma basal afecta millones de personas cada año.¹²

Los pacientes más afectados fueron los mayores de 50 años, lo que está muy relacionado con lo planteado por Larrondo y Hernández quienes consideran que estas edades son en las que con mayor frecuencia aparece el cáncer cutáneo, así como que su incidencia es más elevada en los hombres que en las mujeres,¹³ lo cual puede estar relacionado con los trabajos realizados por los primeros que facilitan la exposición al sol.

La exposición a la radiación ultravioleta ha sido postulada como factor causal de cáncer de piel se ha encontrado que la capacidad de reparación del ADN, es más baja en pacientes con carcinomas basocelulares que en los casos controles.¹⁴ En Cuba se ha evidenciado que la cobertura nubosa ha decrecido en la mayor parte del territorio nacional,¹⁵ y se han incrementado las radiaciones ultravioletas en los últimos años.¹⁶

En Chile, se realizó un estudio del cáncer cutáneo donde se tuvo los siguientes resultados: 949 carcinomas basocelulares, 435 espinocelulares y 90 melanomas. El 85 % de los tumores estaban en zonas fotoexpuestas y eran no agresivos.¹⁷

Carbajosa y Arena¹⁸ afirman que la principal localización de los tumores epiteliales está en las áreas de mayor exposición solar crónica, especialmente, en el cuero cabelludo y la cara, resultando menos frecuentes en el tronco y las extremidades, lo cual se corresponden perfectamente con los resultados alcanzados en esta investigación

En un estudio realizado en Perú hallaron que las localizaciones más frecuentes fueron la cabeza (49 %) y miembros superiores (20 %), las cuales son áreas de mayor fotoexposición.¹⁹

En la literatura se reporta que el 70 % de los CBC se localizan en la cabeza y el cuello. Otros autores refieren en sus series un mayor número de lesiones en los párpados inferiores, y otros como Silanput y colaboradores reportan la aparición de 18 en el bermellón del labio.²⁰

Durante el año 2011 se diagnosticó el mayor número de paciente con cáncer de piel, el más frecuente fue el carcinoma basocelular. Las edades comprendidas entre los 50 y 69 años fueron las más afectadas. Los hombres representaron la mayoría de los pacientes y en la cara se encontraron la mayormente las lesiones.

Después de analizar el comportamiento del cáncer de piel en la provincia Mayabeque se considera sea adecuado establecer una estrategia de intervención que nos posibilite la prevención y el diagnóstico precoz de estas lesiones en la atención primaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buendía Eisman A, Muñoz Negro JE, Serrano Ortega S. Epidemiología del cáncer cutáneo no melanoma. Publicado en *Piel*. 2002;17(1):3-6.
2. Lukaszuk LM, Cidral Muniz E, Da Veiga ML, Iribas JL. Aspectos epidemiológicos del cáncer no melanoma de piel en un servicio de dermatología de la Ciudad de Santa Fe-Argentina 2007. *Rev Argent Dermatol [Internet]*. 2008 [citado 20 jun 2011];89. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2008000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Victoria Bárzaga HO. Caracterización clínica e histopatológica del cáncer cutáneo no melanoma. *Revista Archivo Médico de Camagüey. AMC [Internet]*. May 2010 [citado 20 Jun 2011];14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552010000300006&script=sci_arttext
4. Garavís González JL. Precáncer y cáncer cutáneo (II). *Semergen [Internet]*. 2003 [citado 20 Jun 2011];29(10). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen---medicina-familia-40/precancer-cancer-cutaneo-ii-13053027-tema-central-2003>
5. Markovic S, Erickson L, Rao R, McWilliams Robert R, Kottschade Lisa A, Creagan Edward T, et al. Malignant melanoma in the 21st Century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention, and diagnosis. *Mayo Clin Proc [Internet]*. 2007 [citado 20 Jun 2011];82(3). Disponible en: [http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)61033-1/abstract](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)61033-1/abstract)
6. Santos I, Vieira de Mello RJ, Belo dos Santos I, Alves dos Santos R. Estudo quantitativo das células de Langerhans em carcinomas basocelulares com maior e menor potencial de agressividade local. *Anais Brasileiros de Dermatología [Internet]*. Mar 2010 [citado 20 Jun 2011];85(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962010000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Schmitt J, Diepgen T, Bauer A. Occupational exposure to non-artificial UV-light and non-melanocytic skin cancer - a systematic review concerning a new occupational disease. *J Dtsch Dermatol Ges [Internet]*. 2010 Apr [citado 20 Jun 2011];8(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19832928>
8. Bigby M, Caroline C, Kim D. A prospective randomized controlled trial indicates that sunscreen use reduced the risk of developing melanoma. *Archives of Dermatologyl [Internet]*. 2011 [citado 25 Jun 2011];147(7). Disponible en: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1105127>
9. International Agency for Research on Cancer Working Group on Artificial Ultraviolet (UV) Light and Skin Cancer. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: a systematic review. *Int J Cancer [Internet]*. 2007 [citado 25 Jun 2011];120(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17131335>

10. Iribarren O, Sepúlveda M, Hidalgo J, Madariaga J. Estudio epidemiológico de melanoma maligno en la IV Región de Chile. Cuadernos de Cirugía [Internet]. 2005 [citado 25 Jun 2011];19(1). Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v19n1/art06.pdf>
11. Victoria HO, Iazo I. Relación clínico histopatológica de lesiones tumorales de la piel. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2006 [citado 25 Jun 2011];10(4). Disponible em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117851009>
12. Victoria HO, Iazo I. Relación clínico histopatológica de lesiones tumorales de la piel. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2006 [citado 25 Jun 2011];10(4). Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117851009>
13. Larrondo MR, Hernández GL. Consideraciones sobre la prevención del cáncer de piel. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 1999 [citado 25 Jun 2011];12(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_3_96/mgi12396.htm
14. Heckmann M, Zogelmeier F, Konz B. Frequency of basal cell carcinoma does not correlate with site specific UV exposure. Arch Dermatol [Internet]. 2000 [citado 25 Jun 2011];138(11). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12437456>
15. Martínez E, García E, Arribas A. Variaciones y tendencia de la cobertura nubosa en Cuba. En: IV Congreso Cubano de Meteorología. 4 al 8 de diciembre de 2007. La Habana: Sociedad Meteorológica de Cuba; 2007.
16. Martínez E, García E, Wallo A, Vázquez R, Arriba A. Radiación solar ultravioleta productora de efectos nocivos a la salud, distribución espacial y tendencia estimada en Cuba. En: IV Congreso Cubano de Meteorología. 4 al 8 de diciembre de 2007. La Habana: Sociedad Meteorológica de Cuba; 2007.
17. Zemelman VD, Roa JA, Díaz CA y col. Dimorfismo sexual en la epidemiología del cáncer cutáneo en Chile. Rev Chilena Dermatol 2001;17:110-115.
18. Carbajosa IJ, Arenas RF. Tumores de la piel, consideraciones clínicas. Dermatol Rev Mex 2002;37(3):177-80.
19. Baquerizo K, Castro E, Muñoz S. Incidencia y características clínico patológicas del carcinoma espinocelular cutáneo. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, 2004-2006 Folia Dermatol 2007;18(2):63-71.
20. Hilton S, Kuhn A, Megahed M. Polypoid basal cell carcinoma. Hautarzt 2003;55(4):383-5.

Recibido: 22 de julio de 2013.

Aprobado: 10 de septiembre de 2014.

Doraquis Lázara Acosta Medina. Especialista de II grado en Medicina General Integral y I grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Máster en Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud y en Enfermedades Infecciosas. Policlínico Docente "Luis Li Tregent". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: dacosta@infomed.sld.cu