

Artículo original

Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años

SI Hernández-Zárate,* Armando Medina-Bojórquez,* AL López-Tello Santillán,*** D Alcalá-Pérez**

RESUMEN

Antecedentes: de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas, razón suficiente para estudiar la epidemiología de esta neoplasia en nuestro país.

Objetivos: conocer la prevalencia de neoplasias cutáneas malignas en los pacientes de la consulta del servicio de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Pascua entre enero de 2004 y diciembre de 2011. Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes y las variedades histopatológicas de las lesiones.

Material y método: estudio descriptivo y retrospectivo de ocho años. La información se recolectó de los expedientes clínicos con las variables: sexo, edad, fototipo cutáneo, diagnóstico clínico y resultado histológico. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de piel. La información se organizó en una base de datos electrónica y se comparó con lo establecido en la bibliografía nacional e internacional.

Resultados: se revisaron 2,185 expedientes con 4,743 lesiones confirmadas histopatológicamente. La neoplasia cutánea más frecuente fue el carcinoma basocelular, con una prevalencia de 74% (con predominio de la variedad clínica tumoral y superficial, respectivamente), seguido del carcinoma epidermoide con 14% (tipo nodular queratósico y enfermedad de Bowen) y melanoma maligno con 3% (variedad nodular y acral lentiginosa). También se encontraron: sarcomas, linfomas cutáneos y dermatofibromas protuberans. El carcinoma basocelular y el epidermoide predominaron en la séptima década de la vida (26 y 24%, respectivamente), el melanoma maligno se observó en la sexta década (20%) y el resto de las neoplasias en la quinta década. Las variedades más comunes en los hallazgos histopatológicos fueron: carcinoma basocelular sólido, carcinoma epidermoide bien diferenciado, melanoma léntigo maligno, sarcoma de Kaposi y linfoma cutáneo de células B. En todos los segmentos corporales se encontraron neoplasias, incluidas las mucosas. La mayor parte de las lesiones se encontró en las zonas fotoexpuestas.

Conclusiones: los resultados de este estudio coinciden con lo reportado en la bibliografía internacional, excepto la mayor frecuencia de neoplasias en las mujeres. Coincidimos con la información que se reporta en nuestro país.

Palabras clave: tumores cutáneos malignos, neoplasias malignas, cáncer de piel, epitelomatosis.

ABSTRACT

Background: According to the World Health Organization, the incidence of skin cancer has tripled in the past two decades, reason enough to study the epidemiology of this cancer in our country.

Objectives: To determine the prevalence of cutaneous malignant neoplasms in patients consulted in the Department of Dermato-Oncology Pascua Dermatological Center for the period January 2004 to December 2011. To determine the clinical and epidemiological characteristics of patients and histopathological variety of injuries.

Material and methods: We performed a retrospective, descriptive trial over a period of 8 years. Information was collected from clinical records based on the variables: sex, age, skin phototype, clinical diagnosis and histology. We included all patients with confirmed diagnosis of skin cancer. We organized the information into a computer database and compared it with the provisions of national and worldwide literature.

Results: 2185 records were reviewed with a total of 4743 lesions histologically confirmed. The neoplasm was the most frequent basal cell carcinoma, with a prevalence of 74% (with a predominance of superficial tumors and clinical variety, respectively), followed by squamous cell carcinoma with 14% (nodular keratotic and Bowen's disease), and malignant melanoma with 3% (variety nodular acral lentiginous). Other neoplasms found were sarcomas, lymphomas and cutaneous dermatofibroma protuberans. Basal cell carcinoma and squamous cell predominated in the seventh decade of life (26 and 24% respectively), malignant melanoma was observed in the sixth decade (20%) and other neoplasms in the fifth decade. In the histopathological findings the most common varieties were: Solid Basal Cell Carcinoma, well-differentiated squamous cell carcinoma, lentigo maligna melanoma, Kaposi's sarcoma and cutaneous B-cell lymphoma.

Neoplasms were found in all body segments, including the mucous membranes. Most lesions were found in sun-exposed areas.

Conclusions: The results of this study agree with those reported in the literature, except for the increased frequency of neoplasms in females. We agree with the information reported in our country.

Key words: malignant skin tumors, malignant neoplasms, skin cancer, epitelomatosis.

Las formas más frecuentes de cáncer se originan en las células somáticas (piel, próstata, mama y pulmón) y luego en los tumores hematopoyéticos (leucemias y linfomas) y mesenquimales (sarcomas).^{1,2}

Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas. En el mundo se registran anualmente de 2 a 3 millones de casos de cáncer de piel no melanoma y 160,000 casos de melanoma maligno. Una de cada seis personas padecerá una neoplasia cutánea maligna a lo largo de su vida.^{3,4} El tumor más frecuente en la población mexicana es el carcinoma basocelular, seguido del carcinoma epidermoide y el melanoma maligno.

Con el adelgazamiento de la capa de ozono se pierde la capacidad de protección contra las radiaciones ultravioleta. El principal factor de riesgo de cáncer cutáneo es el antecedente de fotoexposición aguda y crónica. El daño celular afecta a personas menores de 20 años y se caracteriza por ser acumulativo, lo que incrementa la carcinogénesis en la edad adulta.^{5,6}

ANTECEDENTES

La incidencia de cáncer de piel en México es difícil de calcular porque no se registra para control epidemiológico, sólo se reportan algunos casos o se estima la prevalencia en ciertos sectores del país. En el año 2011, en el Hospital

General de México se realizó un estudio retrospectivo de cinco años donde se encontró aumento de estas neoplasias en personas menores de 40 años, sin antecedentes de enfermedades genéticas y con predominio en el sexo femenino.⁷

En el año 2010, en Hospital Regional de Nuevo León del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se efectuó un estudio retrospectivo de diez años que reportó 591 pacientes con diagnóstico de cáncer de piel, 65% de ellos con carcinoma basocelular, 23% con carcinoma epidermoide, 6.5% con melanoma maligno y 5.5% con otras neoplasias.⁸

En el año 2005 un estudio retrospectivo de 10 años realizado en el Centro Dermatológico Pascua reportó 2,320 pacientes con diagnóstico confirmado para neoplasias malignas, de ellos, 75% fue carcinoma basocelular, 19% carcinoma epidermoide y 5% melanoma maligno.⁹

Etiopatogenia

Los factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma son: fototipo cutáneo, edad, sexo, exposición solar y antecedentes familiares y personales. Para el melanoma maligno se agregan los nevos (número, tamaño, atipias) en el momento de la exploración clínica. Los fototipos más frecuentes de estas neoplasias son los claros I-III (según la clasificación de Fitzpatrick), la exposición a la luz ultravioleta, la ocupación al aire libre, el sexo masculino y la aparición a partir de la cuarta década de la vida.^{10,11}

Otros factores son: el virus del papiloma humano (VPH fenotipos 5 y 8), radiaciones ionizantes, arsenicales, hidrocarburos aromáticos, tabaquismo, inmunosupresión y los tratamientos con fototerapia (PUVA terapia). Algunas mutaciones genéticas que se expresan como síndromes, como el xeroderma pigmentoso, la epidermodisplasia verruciforme o el síndrome de nevos basocelulares.^{12,13}

En nuestro medio se considera como factor de riesgo el tiempo de retardo en el diagnóstico y la demora en recibir atención médica en el grupo de población con recursos económicos limitados.

Cuadro clínico

El orden de frecuencia de aparición del carcinoma basocelular es: en la cabeza y el cuello (70%) y extremidades superiores (10%). Es asintomático, de crecimiento lento (0.5 cm por año) y destructivo. Las metástasis reportadas en la bibliografía son de 0.00028% en las formas crónicas o profundas. Para su estudio clínico se divide en cuatro tipos: exofítico (tumoral,

* Residente del Curso de Alta Especialidad en Dermatología y Cirugía dermatológica.

** Médico adscrito al servicio de Dermato-oncología.

*** Dermatóloga y Maestra en Ciencias de la Salud. Práctica privada.

Correspondencia: Dr. Armando Medina Bojórquez. Correo electrónico: a_medina_bo@hotmail.com. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dr. Vértiz 464, esq. Eje 3 sur, colonia Buenos Aires. México 06780, DF.

Recibido: septiembre, 2011. Aceptado: noviembre, 2011.

Este artículo debe citarse como: Hernández-Zárate SI, Medina-Bojórquez A, López-Tello Santillán AL, Alcalá-Pérez D. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermatología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(1):30-37.

pseudoquístico y vegetante), plano (superficial, cicatrizal o escleroatrófico, morfeico o esclerodermiforme), primariamente ulcerado (*ulcuns rodens*) y las formas especiales (multicéntrico o fibroepitelioma de Pinkus).^{14,15}

El carcinoma epidermoide se observa en la cabeza (67%) y en las extremidades superiores (12%). Es de crecimiento rápido, casi siempre asintomático, destructivo e infiltrante. Las metástasis varían según la topografía y el tiempo de evolución. Se clasifica en verrugoso (papilomatosis oral florida, condiloma gigante de Buschle-Lowenstein, epiteloma cuniculatum, epiteloma verrugoso cutáneo) y no verrugoso (superficial: enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat; nodular queratósico, ulcerado y vegetante).¹⁶

El melanoma maligno aparece en zonas acrales y en el tronco. Al principio es asintomático y, con el tiempo, doloroso o ulcerante. Se divide en cuatro tipos anatomopatológicos: acral lentiginoso, nodular, extensión superficial y léntigo maligno.¹⁷

Diagnóstico y tratamiento

La elaboración de una historia clínica detallada lleva a un diagnóstico clínico presuncional. El estudio histopatológico sirve para confirmarlo y definir la variedad histológica.^{18,19}

Existen diversas modalidades terapéuticas a las que se recurre según la edad del paciente, la topografía y el resultado histopatológico. El tratamiento de elección es la cirugía micrográfica de Mohs, seguida del tratamiento quirúrgico convencional.¹⁹⁻²¹

Diseño metodológico

Justificación

Las neoplasias cutáneas malignas tienen una alta frecuencia en la población general. Una de cada cinco personas llega a padecer algún tipo de cáncer de piel a lo largo de la vida. En México, la frecuencia de estas neoplasias no se conoce con exactitud, debido al subregistro. Se realiza este estudio epidemiológico que es una herramienta actualizada, con la finalidad de dar a conocer las características clínico-patológicas de esta neoplasia y compararlas con lo establecido en la bibliografía mundial y nacional.

Objetivos

Conocer la prevalencia de neoplasias cutáneas malignas en pacientes de la consulta del servicio de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Pascua entre enero de 2004 y

diciembre de 2011. Además, determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes y las variedades histopatológicas de las lesiones.

MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo y descriptivo efectuado entre enero de 2004 y diciembre de 2011. La información se recolectó de los expedientes clínicos de acuerdo con las siguientes variables: sexo, edad, fototipo cutáneo, diagnóstico clínico y resultado histológico. Se incluyeron pacientes de uno y otro sexo y de todas las edades, con diagnóstico confirmado de cáncer de piel. De la lesión se determinaron: la topografía, la morfología, el número y el tiempo de evolución. Se excluyeron los casos de recidivas, metástasis y las neoplasias benignas.

La información se organizó en una base de datos electrónica y se comparó con lo establecido en la bibliografía nacional y mundial.

Análisis de datos y resultados

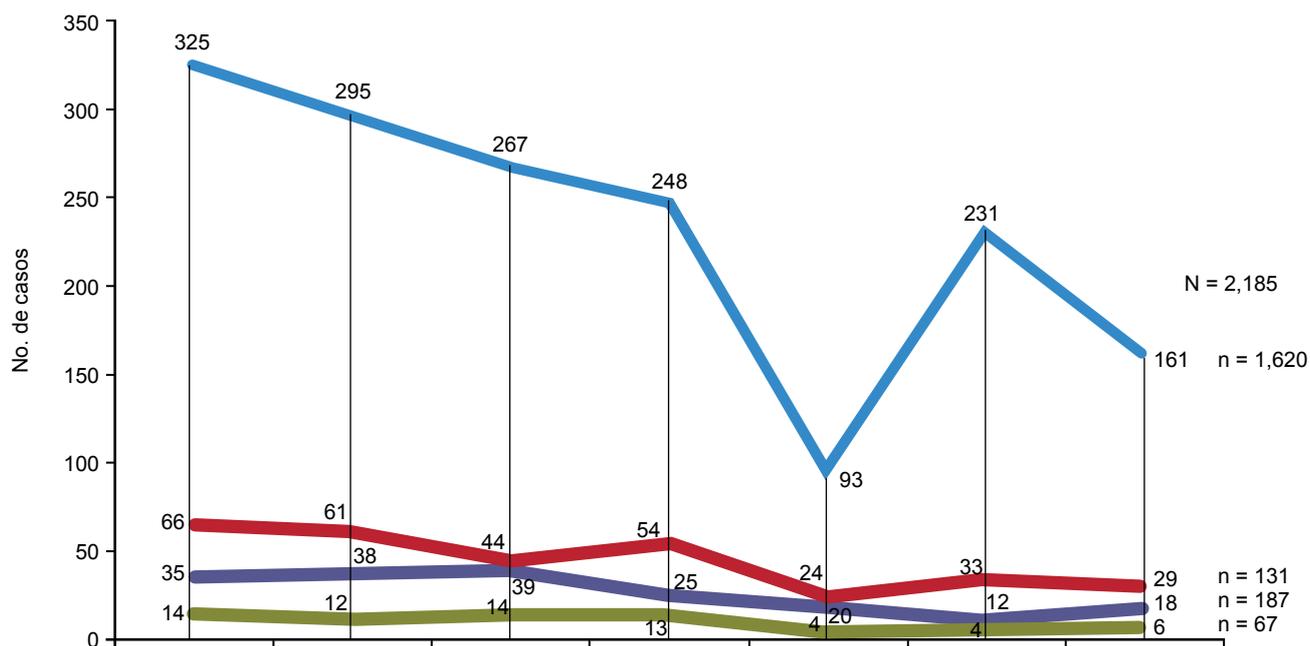
Se revisaron 2,185 expedientes y se encontraron 4,743 lesiones confirmadas por estudio histológico.

Variables epidemiológicas

El tumor más frecuente fue el carcinoma basocelular, con una prevalencia de 74% (n = 1,620), seguido del carcinoma epidermoide con 14% (n = 311), melanoma maligno con 3% (n = 67). El resto de las neoplasias representó 9% (n = 187); las más frecuentes fueron los sarcomas y los linfomas cutáneos (Figura 1). Sólo 1.0% de los pacientes (n = 21) tuvo alguna genodermatosis que se asoció con la neoplasia, las más frecuentes fueron: xeroderma pigmentoso y síndrome de nevos basocelulares.

En todas las neoplasias predominó el sexo femenino. La relación hombre:mujer con carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, melanoma maligno y en las otras neoplasias malignas fue de 1:1.8, 1:1.5, 1: 2.2 y de 1:1.4, respectivamente (Cuadro 1).

Los carcinomas basocelular y epidermoide se encontraron con mayor frecuencia en la séptima década de la vida, con un promedio de edad entre 62 y 66 años, respectivamente. El melanoma maligno apareció con más frecuencia en la sexta década, con un promedio de 58 años. El resto de las neoplasias malignas se encontraron en la quinta década de la vida, con un promedio de 43 años (Cuadro 1).



	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	Prevalencia
CBC	73.9%	72.7%	73.4%	72.9%	66.0%	82.5%	75.2%	74%
CEC	15.0%	15.0%	12.1%	15.9%	17.0%	11.8%	13.6%	14%
MM	3.2%	3.0%	3.8%	3.8%	2.8%	1.4%	2.8%	3%
Otros	8.0%	9.4%	10.7%	7.4%	14.2%	4.3%	8.4%	9%

Figura 1. Frecuencia del cáncer de piel durante el periodo 2004 - 2011

Cuadro 1. Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer de piel

Característica	CBC	CEC	MM	Otras neoplasias
Relación Hombre: mujer	1 : 1.8	1: 1.5	1: 1.2	1 : 1.4
Edad promedio (años)	62	66	58	43
Fototipos cutáneos* III / IV (%)	44 / 34	40 / 36	58 / 28	34 / 48

*Según la clasificación de Fitzpatrick

Fuente: Clínica de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua 2004 - 2011.

Los fototipos cutáneos (según la clasificación de Fitzpatrick) predominantes fueron el III y el IV; 40.9 y 35.3%, respectivamente (Cuadro 1).

Formas clínicas

En todos los segmentos corporales se encontraron lesiones, incluidas las mucosas. La mayor parte se localizó en zonas de fotoexposición, excepto el melanoma maligno. El carcinoma basocelular predominó en la cabeza con 92.6% (n = 3,249) y, de ésta, el orden de frecuencia fue el ala nasal, zona malar y párpado inferior, seguido del tronco con 6.0% (n = 210). El carcinoma epidermoide apareció en la cabeza en 53.4% (n = 354), con predominio en el labio inferior, zona malar y región frontal, seguido de las extremidades superiores con 18.3% (n=121). El melanoma maligno se encontró en las extremidades inferiores en 35.8% (n = 50). La mayor parte de las lesiones se localizaron en las plantas, seguidas del tronco con 25.4% (n=36). El resto de las neoplasias malignas predominó en la cabeza en 61.0% (n = 259) y el tronco en 17.1% (n = 72) (Figura 2).

Las variedades clínicas más frecuentes del carcinoma basocelular fueron: tumoral, plano superficial y morfeiforme (esclerodermiforme). En el carcinoma epidermoide se encontraron las variedades nodular queratósico, superficial (enfermedad de Bowen) y ulcerada. En el melanoma maligno fueron: nodular, acral lentiginoso y melanoma léntigo maligno. En el resto de las neoplasias se encontraron: sarcomas, linfomas cutáneos y dermatofibrosarcoma protuberans. (Figuras 3-10)

Se encontró una lesión en 87.2% del total de las neoplasias cutáneas malignas, en 5.5% se encontraron dos y en 7.3% más de tres lesiones (Cuadro 2).

El 28.8% (n = 1,010) de las lesiones del carcinoma basocelular medían entre 16 y 20 mm, seguidas de 24.8% (n = 870) que medían entre 21 y 25 mm. El carcinoma epidermoide predominó entre los 21 y 25 mm con 18.4% (n = 122), seguido de 13.7% (90) entre los 26 y 30 mm. El melanoma maligno se encontró en 17.7% (n = 25) entre los 31 y 35 mm y el resto de las neoplasias en 23.2% (n = 72) entre los 26 y 30 mm (Cuadro 2).

El tiempo promedio de evolución de las neoplasias a carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide y melanoma maligno fue de 4.3, 2.4 y 3.4 años. Para el resto de las neoplasias fue de 3.9 años.

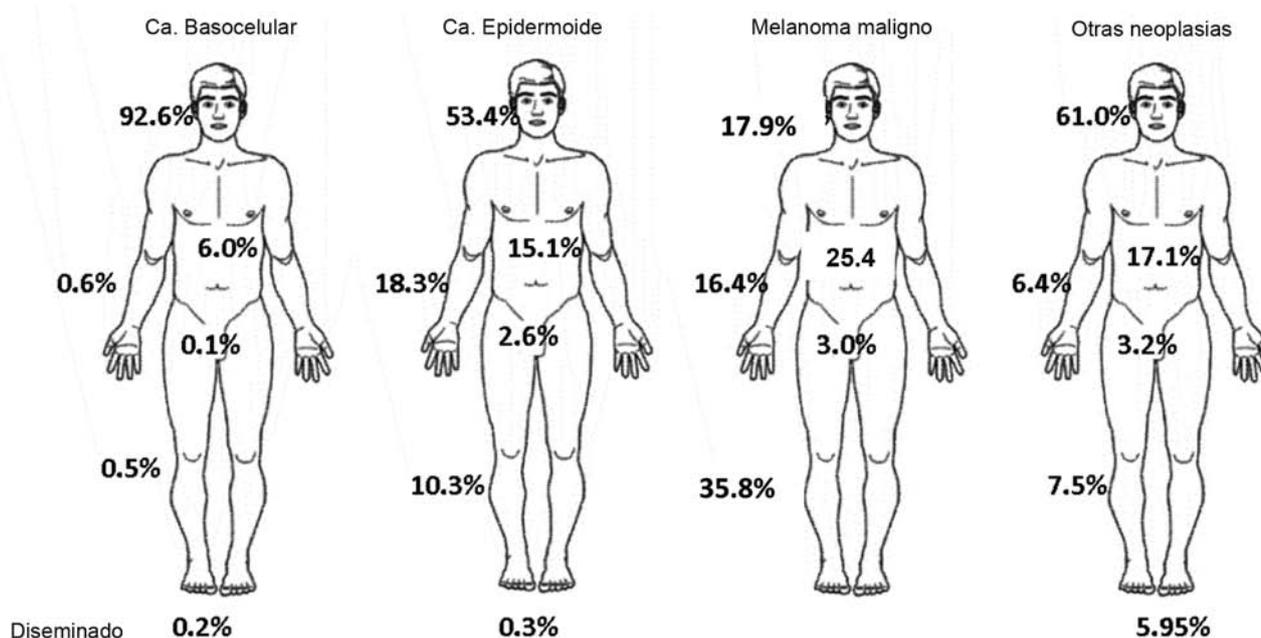


Figura 2. Frecuencia del cáncer de piel según la localización.

Fuente: Servicio de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua durante el periodo 2004 - 2011



Figuras 3, 4 y 5. Carcinoma basocelular en su variedad tumoral pigmentada.



Figuras 6 y 7. Carcinoma epidermoide variedad nodular queratósico.

Diagnósticos histopatológicos

Los resultados histopatológicos fueron, en orden de frecuencia:

- Carcinoma basocelular sólido, seguido de la variedad infiltrante y por último la superficial.
- Carcinoma epidermoide bien diferenciado, enfermedad de Bowen y moderadamente diferenciado.
- Melanoma maligno variedad léntigo maligno y de extensión superficial.
- Otras neoplasias: sarcoma de Kaposi y linfomas cutáneos de células B.

La correlación clínico-patológica del carcinoma basocelular fue de 89%, del epidermoide de 87%, del melanoma maligno de 93% y de otras neoplasias 77%.

CONCLUSIONES

La neoplasia cutánea maligna más frecuente fue el carcinoma basocelular con una prevalencia de 74%, seguida del carcinoma epidermoide con 14%, melanoma maligno con 3% y el resto de los tumores con 9%. Las formas clínicas predominantes fueron: carcinoma basocelular tumoral y plano superficial, carcinoma epidermoide nodular queratósico y superficial (enfermedad de Bowen), melanoma maligno nodular y acral lentiginoso. Del resto de las neoplasias el sarcoma de Kaposi y los linfomas cutáneos. El 87.2% de los pacientes tuvieron una lesión con predominio en las zonas de piel fotoexpuestas. El melanoma maligno predomina en las zonas acrales inferiores. El 96% de los pacientes tuvieron, primariamente, cáncer de piel no relacionado con alguna enfermedad genética.



Figuras 8, 9 y 10. Diferentes formas clínicas de melanoma maligno.

Cuadro 2. Características clínicas del cáncer de piel

Característica	Carcinoma basocelular	Carcinoma epidermoide	Melanoma maligno	Otras neoplasias
Número de lesiones (%)	1 75.8	1 86.5	1 96.5	1 90.0
Tamaño de la lesión (mm)	16 – 20	21 – 25	31 - 35	26-30
Promedio (%)	28.8	18.4	17.7	23.2
Tiempo de evolución (años)	4.3	2.4	3.4	3.9

Fuente: Clínica de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua 2004-2011.

DISCUSIÓN

En comparación con lo observado en la década previa, hubo aumento de neoplasias malignas en personas jóvenes. El diagnóstico se estableció en etapas más tempranas de la vida, con un tiempo de evolución menor y, por consiguiente, las lesiones fueron de menor tamaño.

Es importante que el diagnóstico sea oportuno para evitar tratamientos invasivos, disminuir costos económicos y contribuir a la calidad de vida de los pacientes.

Los resultados de este estudio coinciden con lo reportado en la bibliografía mundial, excepto con la mayor frecuencia de neoplasias en el sexo femenino. Coincidimos con la información que se reporta en nuestro país. Este trabajo enriquece los datos clínico-epidemiológicos del cáncer de piel.

REFERENCIAS

- Rohrer TE. Skin cancer. *Semin Cutan Med Surg* 2011;30(1):1-3.
- Ricotti C, Bouzari N, Agadi, et al. Malignant skin neoplasms. *Med Clin N Am* 2009;93:1241-1264.
- Coups EJ, Geller AC, Weinstock MA, et al. Prevalence and correlates of skin cancer screening among middle-aged and older white adults in the United States. *The American Journal of Medicine* 2010;123:439-445.
- Berwick M, Erdei E, Hay J. Melanoma epidemiology and public health. *Dermatol Clin* 2009;27:205-214.
- Rigel DS. Cutaneous ultraviolet exposure and its relationship to the development of skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(S1):29-32.
- Haas ER. Population education in preventing skin cancer: from childhood to adulthood. *J Drugs Dermatol* 2010;9(2):112-116.
- Díaz GJM. Skin cancer in adults younger than 40 years at the General Hospital of Mexico. *Gac Med Mex* 2011;147(1):17-21.
- Alfaro A, Castrejón L, Rodríguez OM. Cáncer de piel. Estudio epidemiológico a 10 años en derechohabientes del ISSSTE en Nuevo León. *Dermatología Rev Mex* 2010;54(6):321-325.
- Saucedo RP, Gutiérrez VRM, Medina BA. Cáncer de piel en el Centro Dermatológico Pascua. Estudio epidemiológico de 10 años. *Dermatol Rev Mex* 2005;49:231-239.
- Narayanan DL. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Int J Dermatol* 2010;49(9):978-986.
- Macbeth AE. What's new Skin Cancer? An analysis of guidelines and systematic reviews published in 2008-2009. *Clin Exp Dermatol* 2011;36(5):453-458.

12. Herrera González NE, Aco Flores AY. El melanoma en México. *Rev de Esp Med Quir* 2010;15(3):161-166.
13. Guevara CRM, Peniche CA, Fierro AL y col. Frecuencia de tumores en la piel cabelluda en el servicio de Dermato-Oncología del Hospital General de México. Un análisis retrospectivo de los últimos 10 años. *Dermatología Rev Mex* 2010;54(4):173-176.
14. Zahnd WE, Goldfarb J, Scaife SI, et al. Rural-urban differences in behaviors to prevent skin cancer: An Analysis of the Health Information National Trends Survey. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:950-956.
15. Riou-Gotta MO. Rare skin cancer: a population-based cancer registry descriptive study of 151 cases diagnosed between 1980 and 2004. *Acta Oncol* 2009;48(4):605-609.
16. Mudigonda T. The economic impact of non-melanoma skin cancer: a review. *Compr Canc Netw* 2010;8(8):888-896.
17. Hernández SA, Córdoba LJ, Esquivel L, Scholtes C y col. Melanoma maligno. Estudio retrospectivo en el Departamento de Dermatología del INNSZ. *Dermatología CMQ* 2006;(4):242-246.
18. Ojeda RM. Effectiveness of primary care physicians and dermatologists in the diagnosis of skin cancer: a comparative study in the same geographic area. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102(1):48-52.
19. Neumann L. Tratamiento del carcinoma basocelular en los hospitales de enseñanza en México. *Dermatología Rev Mex* 2011;55(6):323-325.
20. Stern RS. Prevalence of a history of skin cancer in 2007: results of an incidence-based model. *Arch Dermatol* 2010;146(3):279-282.
21. Scherer D. Genetics of pigmentation in skin cancer: a review. *Mutant Res* 2010;705(2):141-153.