

Concordancia entre datos clínicos y patológicos del carcinoma queratinocítico

Concordance between clinical and pathological data of keratinocyte carcinoma.

Edgar Abraham González-Mondragón,¹ Diana Elizabeth Medina-Castillo²

Resumen

ANTECEDENTES: Según la Organización Mundial de la Salud, uno de cada tres pacientes con diagnóstico de cáncer tiene cáncer cutáneo.

OBJETIVOS: Describir los aspectos epidemiológicos del carcinoma queratinocítico en la población de los servicios de Dermatología y Patología del Hospital General Regional núm. 220 General José Vicente Villada del IMSS, Toluca, México, y determinar la concordancia clínico-patológica de estas lesiones.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional realizado con el registro de los pacientes con biopsia que acudieron al Servicio de Dermatología del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de concordancia kappa para la validación de los resultados.

RESULTADOS: Se incluyeron 98 expedientes clínicos con un total de 104 lesiones sospechosas. El 78% de las lesiones fueron carcinoma basocelular, el 16% carcinoma epidermoide y el 6% lesiones benignas. Fue más frecuente en el sexo femenino (51%) y el grupo de edad más afectado fue el mayor de 70 años (50%). La concordancia clínico-patológica del carcinoma queratinocítico tuvo un coeficiente kappa de 0.7074, un grado bueno.

CONCLUSIONES: El carcinoma queratinocítico sigue siendo la neoplasia más frecuente en México. Por el grado de concordancia bueno obtenido se deduce un adecuado adiestramiento y preparación de los médicos que establecen el diagnóstico clínico y el abordaje terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de piel; carcinoma basocelular; carcinoma espinocelular.

Abstract

BACKGROUND: According to the World Health Organization, one of three patients diagnosed with cancer has skin cancer.

OBJECTIVES: To describe the epidemiological aspects of keratinocyte carcinoma in the population of the Dermatology and Pathology services of the General Regional Hospital of IMSS No. 220 General José Vicente Villada, Toluca, Mexico, and to determine the clinical-pathological concordance of these lesions.

MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional, retrospective, descriptive and observational study with the registry of patients with biopsy who attended the Dermatology Service from January 1 to December 31, 2013. Descriptive statistics and kappa concordance analysis were used for the validation of the results.

RESULTS: Ninety-eight clinical files were included with a total of 104 suspicious lesions. 78% of the lesions were basal cell carcinoma, 16% squamous cell carcinoma and 6% benign lesions. It was more frequent in the female sex (51%) and the most affected age group was older than 70 years (50%). The clinicopathological concordance of keratinocytic skin cancer had a kappa coefficient of 0.7074, a good grade.

¹ Residente de tercer año de Dermatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México.

² Consulta privada de Dermatología.

Recibido: septiembre 2020

Aceptado: septiembre 2020

Correspondencia

Edgar Abraham González Mondragón
abram_89@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

González-Mondragón EA, Medina-Castillo DE. Concordancia entre datos clínicos y patológicos del carcinoma queratinocítico. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (2): 129-137.
<https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i2.5587>

CONCLUSIONS: *Keratinocyte carcinoma continues to be the most frequent neoplasm in Mexico. Due to the good degree of agreement obtained, an adequate training and preparation of the doctors who carry out the clinical diagnosis and the therapeutic approach is deduced.*

KEYWORDS: *Skin cancer; Basal cell carcinoma; Squamous carcinoma.*

ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se registran 2 a 3 millones de casos de cáncer de piel queratinocítico y uno de cada tres pacientes con diagnóstico de cáncer tiene cáncer cutáneo.^{1,2} En México, el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas reportó 106,238 tumores malignos en 2006, de los que el 14.7% correspondió a la piel, ocupando el primer lugar en frecuencia entre todas las neoplasias malignas.³ Sin embargo, no todos los laboratorios están dados de alta en el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas y un número indeterminado de casos es tratado sin estudio histopatológico confirmatorio; además, es probable que un grupo de pacientes no acuda a atención médica.^{4,5}

La Gaceta Mexicana de Oncología reportó una tasa de mortalidad del cáncer de piel de 1.4 por 100,000 habitantes en 2015.⁶ En 2016 la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social colocó al cáncer de piel como el cuarto y quinto más frecuente en hombres y en mujeres, respectivamente.⁷

El carcinoma queratinocítico incluye al carcinoma basocelular, que representa el 65-74% del cáncer de piel, y al carcinoma epidermoide, que representa el 14-23%.⁸ Los principales factores

de riesgo de esta enfermedad son la exposición a radiación UVB, radioterapia, fototipos claros de piel (Fitzpatrick I-IV), inmunosupresión prolongada, infección por algunos tipos de virus, como el VPH y VIH, y ciertos síndromes o trastornos genéticos.⁹

Para establecer el diagnóstico clínico correcto es necesario conocer la morfología de las principales variantes clínicas y posteriormente el diagnóstico histológico servirá de base para la toma de decisiones terapéuticas, iniciar oportunamente el tratamiento y mejorar el pronóstico del paciente.¹⁰

Varios estudios en México caracterizan los aspectos epidemiológicos del cáncer de piel en diferentes centros hospitalarios y sólo dos determinan la concordancia clínico-patológica de los tumores malignos. El primero fue realizado en 2003 por el Centro Dermatológico Pascua; sin embargo, no tiene análisis de concordancia kappa, por lo que no se considera estadísticamente significativo.¹¹ El segundo fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en 2007, encontrando una concordancia muy buena-perfecta para el carcinoma basocelular y adecuada para el carcinoma espinocelular.¹⁰

El cáncer de piel es un problema de salud pública con repercusiones económicas, sociales y psicológicas en los pacientes, con el consecuente

deterioro de la calidad de vida. Se estima que la incidencia mundial se incrementará de forma importante en las próximas décadas, lo que supondrá una considerable carga adicional para los sistemas de salud y de costos para la atención sanitaria. Por tanto, es importante conocer la concordancia clínico-patológica y los aspectos epidemiológicos en México, y en específico en nuestro centro hospitalario, porque no existe un estudio que trate este aspecto.

El objetivo de este estudio es describir los aspectos epidemiológicos del carcinoma queratinocítico en la población del Hospital General Regional núm. 220 General José Vicente Villada del IMSS en casos confirmados histopatológicamente por los servicios de Dermatología y de Patología, así como determinar la concordancia clínico-patológica de estas lesiones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional, en el que se incluyeron los registros de pacientes que acudieron al servicio de Dermatología del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013 con toma de biopsia de la lesión dermatológica, así como las biopsias registradas en el servicio de Patología. Los criterios de inclusión fueron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de carcinoma queratinocítico, tanto del servicio de Dermatología como del de Patología del Hospital General Regional núm. 220 General José Vicente Villada del IMSS, sin importar la estirpe histológica, que contaran con los siguientes datos: sexo, edad, fototipo, topografía, tiempo de evolución, diagnóstico clínico y tipo histológico de carcinoma. Se excluyeron los casos de los pacientes que no cumplieran los criterios de inclusión o cuando los datos registrados fueron dudosos o erróneos. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de concordancia kappa para la validación de los resultados. El análisis de concordancia se valoró según los

márgenes propuestos por Landis y Koch con los siguientes criterios: < 0: sin acuerdo; 0.1-0.2: insignificante; 0.21-0.4: bajo; 0.41-0.6: moderado; 0.61-0.8: bueno; 0.81-1: muy bueno.

RESULTADOS

Se revisaron 98 expedientes de pacientes en el periodo de estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión; encontrando un total de 104 lesiones con resultado de estudio histopatológico.

Los diagnósticos clínicos por orden de frecuencia fueron: carcinoma basocelular en el 83% (n = 86), carcinoma epidermoide en el 16% (n = 17) y lesiones sospechosas en el 1% (n = 1).

Las variantes clínicas encontradas de carcinoma basocelular fueron la nodular en el 48% (n = 41), pigmentada en el 22% (n = 19), superficial en el 9.3% (n = 8), plano cicatricial en el 6.9% (n = 6), morfeiforme en el 5.8% (n = 5), pseudoquístico en el 4.6% (n = 4), ulcerado en el 2.3% (n = 2) y vegetante en el 1.1% (n = 1).

Cuadro 1 Las variantes clínicas encontradas del carcinoma epidermoide fueron la superficial *in situ* o enfermedad de Bowen en el 71% (n = 12), ulcerada en el 23% (n = 4) y verrugosa en el 6% (n = 1). **Cuadro 2**

Cuadro 1. Distribución de carcinoma basocelular de acuerdo con el diagnóstico clínico

Carcinoma basocelular	Porcentaje
Nodular	48
Pigmentado	22
Superficial	9.3
Plano cicatricial	6.9
Morfeiforme	5.8
Pseudoquístico	4.6
Ulcerado	2.3
Vegetante	5.8

Cuadro 2. Distribución de carcinoma epidermoide de acuerdo con el diagnóstico clínico

Carcinoma epidermoide	Porcentaje
Superficial	71
Ulcerado	23
Verrugoso	6

En la frecuencia por tipo de cáncer en relación con el sexo se encontró que para el carcinoma basocelular el grupo de mujeres representó el 41% (n = 42) y el de hombres el 43% (n=44), mientras que para el carcinoma epidermoide el grupo de mujeres representó el 10% (n = 10) y el de hombres el 7% (n = 7). De los 98 pacientes, el 96% tenían solamente una lesión (n = 94), el 3% tenía 2 lesiones (n = 3) y el 1% tenía 4 lesiones (n = 1).

El 70% (n = 73) de las lesiones tuvieron un tamaño menor a 20 mm y el 30% (n = 31) fueron mayores de 20 mm.

El tiempo promedio de evolución de las lesiones desde su aparición hasta su diagnóstico fue de 7 a 12 meses en el 37% (n = 38), de 13-24 meses en el 30% (n = 31), más de 24 meses en el 18% (n = 19) y de 0-6 meses en el 15% (n = 16).

La distribución por edad fue de 50% (n = 49) en el grupo mayor de 70 años, del 30% (n = 30) en el grupo de 56 a 70 años, del 15% (n = 15) el grupo de 40 a 55 años y del 5% (n = 4) en menores de 40 años.

La distribución por topografía fue en la cara del 63% (n = 66), la piel cabelluda en el 14% (n = 15), el tronco y el cuello en el 8% (n = 8) cada uno y las extremidades en el 7% (n = 7). En la cara, la nariz fue la zona más afectada con 37% (n = 24), seguida de la frente y las mejillas con 16% (n = 11) cada uno, el pabellón auricular con 12% (n = 8), los párpados con 7% (n = 5),

los labios con 4% (n = 3), el mentón y la región temporal con 3% (n = 2) cada uno. El fototipo de piel más afectado fue el III con 72% (n = 71), seguido del fototipo IV con 19% (n = 19) y el fototipo II con 8% (n = 8).

De acuerdo con los resultados histopatológicos, el 78% (n = 81) correspondió a carcinoma basocelular, el 16% (n = 17) a carcinoma epidermoide y el 6% (n = 6) a lesiones benignas (**Figura 1**). Las variantes histológicas reportadas de carcinoma basocelular fueron el tipo sólido en el 80% (n = 65), morfeiforme en el 6% (n = 5), adenoideo en el 5% (n = 4), mixto en el 5% (n = 4) y micronodular en el 4% (n = 3) (**Cuadro 3**). Respecto al carcinoma epidermoide, las variantes histológicas reportadas fueron el tipo de células ahusadas en el 76% (n = 13), el tipo

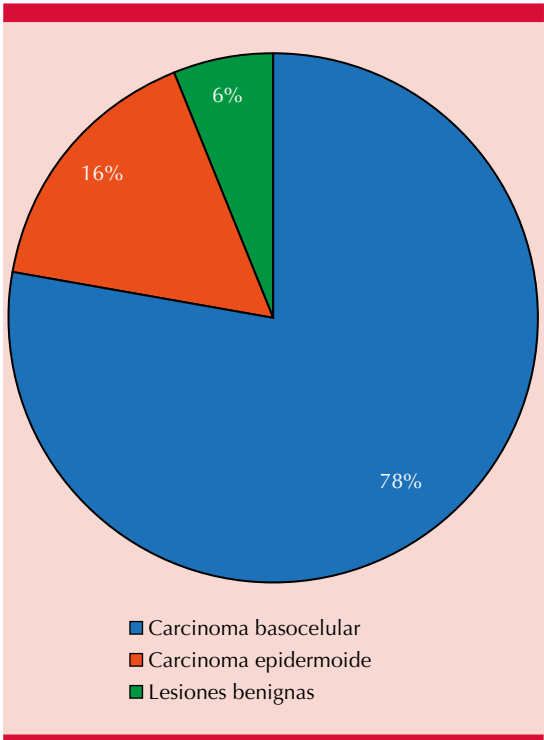


Figura 1. Distribución del cáncer de piel queratinocítico en el Hospital General Regional del IMSS núm. 220 en 2013.

Cuadro 3. Distribución de carcinoma basocelular de acuerdo con el diagnóstico histológico

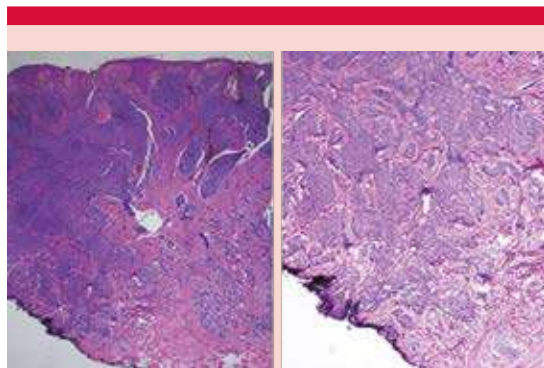
Carcinoma basocelular	Porcentaje
Sólido	80
Morfeiforme	6
Adenoideo	5
Mixto	5
Micronodular	4

acantolítico en el 18% (n = 3) y el tipo verrugoso en el 6% (n = 1). **Cuadro 4**

El nivel de concordancia clínico-patológica del carcinoma queratinocítico tuvo un índice kappa de 0.7074, con un total de 94 acuerdos y 10 desacuerdos. **Figura 2**

Cuadro 4. Distribución del carcinoma epidermoide de acuerdo con el diagnóstico histológico

Carcinoma epidermoide	Porcentaje
Células ahusadas	76
Acantolítico	18
Verrugoso	6

**Figura 2.** Carcinoma basocelular nodular infiltrante. Microfotografía cortesía de la Dra. Guadalupe Rodríguez Patiño, dermatopatología.

DISCUSIÓN

La neoplasia más frecuente en nuestra población fue el carcinoma basocelular representando el 78%, que corresponde a lo descrito por Restrepo-Arias y colaboradores en Colombia, lo que reflejan el problema de salud en América Latina y el mundo donde el carcinoma basocelular es el más frecuente y representa más de la mitad de los casos.¹² La variante clínica de carcinoma basocelular más frecuente fue la nodular (**Figura 3**), mientras que del carcinoma epidermoide fue la superficial *in situ* o enfermedad de Bowen (**Figura 4**). Estos hallazgos son similares a los encontrados por Verdugo-Castro y su grupo en Sinaloa, México, lo que demuestra el predominio de esta variedad en nuestro país.¹³

**Figura 3.** Carcinoma basocelular en la cara de una mujer de 71 años de edad.



Figura 4. Carcinoma epidermoide *in situ* superficial en la espalda de un hombre de 73 años de edad.

La frecuencia de carcinoma basocelular fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres, mientras que el carcinoma epidermoide fue mayor en mujeres (**Figura 5**). Esto contrasta con lo descrito por Alfaro-Sánchez y colaboradores, quienes encontraron predominio de mujeres en el carcinoma basocelular y predominio de hombres en el carcinoma epidermoide.¹⁴

En cuanto a la topografía, la zona más afectada fue la cara, seguida de la piel cabelluda (**Figura 6**), lo que concuerda con lo reportado por Tirado-Gómez y su grupo, constituyendo el 62% de los tumores malignos de cabeza y cuello.¹⁵ La mayoría de los pacientes tenían sólo una lesión y el 70% de éstas eran menores a 20 mm. Respecto al tiempo de evolución de las lesiones encontramos que en la mayoría fue de 7 a 12 meses,

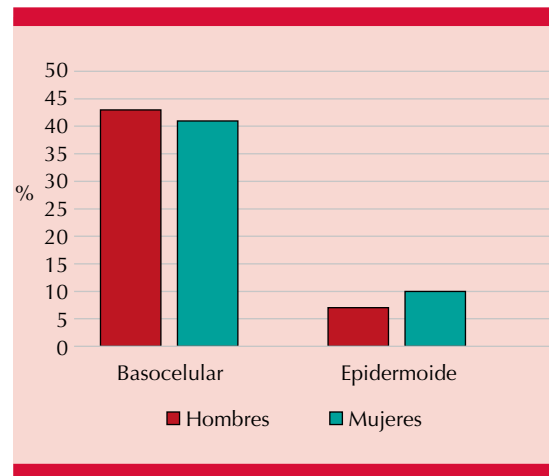


Figura 5. Comparación de las frecuencias por tipo de cáncer queratinocítico según el sexo.

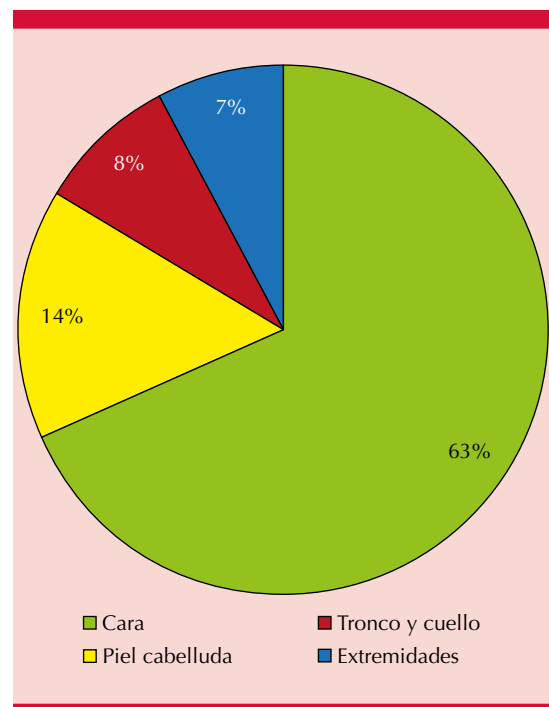


Figura 6. Topografía del cáncer de piel queratinocítico.

lo que es un tiempo más corto comparado con lo reportado por Chanussot-Depress y colaboradores, con intervalo de 3 meses a 40 años.¹⁶

El grupo de edad más afectado en hombres y en mujeres fue el de los mayores de 70 años (**Figura 7**), similar a lo reportado por Cuevas-González y su grupo, quienes encontraron mediana de edad de 67.1 años en los casos de carcinoma basocelular y de 76.7 años en los de carcinoma epidermoide.¹⁷ El fototipo más afectado fue el III de Fitzpatrick, seguido del fototipo IV. En México hay muy pocos estudios que contemplen el fototipo cutáneo, entre los más importantes está el de Verdugo-Castro y colaboradores, que, al igual que el nuestro, contrasta con lo descrito en la bibliografía internacional al mencionar que el fototipo más afectado es el I y II, lo que sugiere que el comportamiento del cáncer de piel en México es distinto en relación con nuestro color de piel.^{13,18,19}

La variante histológica más frecuente de carcinoma basocelular fue el tipo sólido y de carcinoma epidermoide fue el de células ahusadas. Encon-

tramos dos estudios en México^{13,14} y uno en Argentina²⁰ donde se reporta como hallazgo de variante histológica más frecuente de carcinoma basocelular el tipo sólido; sin embargo, ninguno menciona la variedad histológica más frecuente de carcinoma epidermoide, por lo que este estudio es el primero en reportarla.

La concordancia entre datos clínicos y patológicos de carcinoma queratinocítico, de acuerdo con los márgenes propuestos por Landis y Koch, se consideró buena (**Cuadro 5**). Este resultado es similar al reportado por Grossi y colaboradores en Argentina con un coeficiente kappa de 0.74.²¹ En México, el único estudio con análisis de concordancia kappa que encontramos fue el realizado por Reyes-Martínez y su grupo en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, que reportó una concordancia muy buena-perfecta para el carcinoma basocelular y adecuada para el carcinoma epidermoide.¹⁰

CONCLUSIONES

El carcinoma queratinocítico sigue siendo la neoplasia más frecuente en el mundo. Conocer su distribución epidemiológica en nuestro país permitirá desarrollar proyectos de detección oportuna, así como tomar acciones preventivas para mejorar la calidad de vida de la población afectada.

Por el grado de concordancia bueno obtenido se deduce un adecuado adiestramiento y preparación de los médicos que establecen el diagnóstico clínico y el abordaje terapéutico.

Este proyecto incita a la capacitación y actualización continuas en el diagnóstico de cáncer de piel. La limitación del proyecto se da por el corto periodo y el pequeño grupo poblacional. Sin embargo, establece las bases para continuar estudiando el comportamiento de los diferentes cánceres de piel en nuestro país.

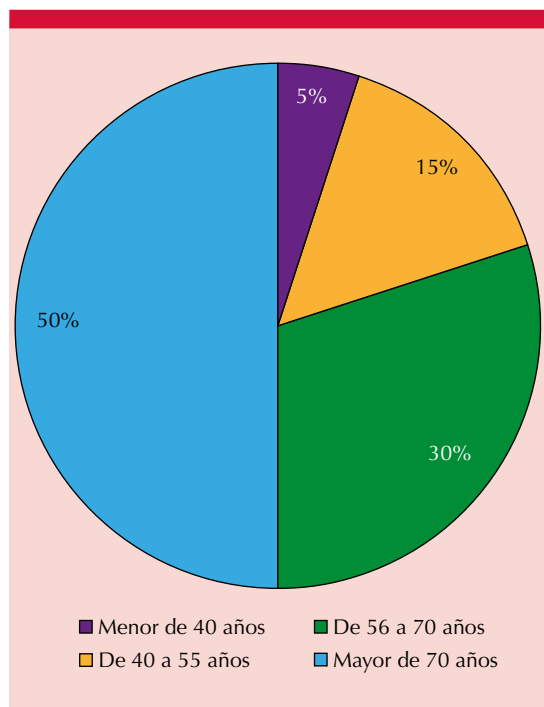


Figura 7. Distribución por edad del cáncer de piel queratinocítico.

Cuadro 5. Concordancia entre datos clínicos y patológicos de cáncer de piel queratinocítico

	Diagnóstico histopatológico				
		Carcinoma basocelular	Carcinoma epidermoide	Lesiones benignas	Total
Diagnóstico clínico	Carcinoma basocelular	79	2	5	86
	Carcinoma epidermoide	1	15	1	17
	Lesiones benignas	1	0	0	1
	Total	81	17	6	104

Índice kappa: 0.7074.

REFERENCIAS

- Albert MR, Weinstock MA. Keratinocyte carcinoma. *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 292-302. <https://doi.org/10.3322/canjclin.53.5.292>.
- World Health Organization (Sede Web) Geneva. Programs and projects, Skin Cancer. WHO: 2009 (acceso 15 de septiembre de 2020). Disponible en: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer).
- "Perfil Epidemiológico de los tumores malignos en México. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, 2011". Secretaría de Salud. Disponible en: https://epidemiologiatiatx.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_de_los_tumores_malignos_mc3a9xico.pdf.
- Pinedo-Vega JL, Castañeda-López R, Dávila-Rangel JL, Mireles-García F, et al. Incidencia de cáncer de piel en Zacatecas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2014; 52 (3): 282-9.
- Arenas-Guzmán R. Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7ª ed. México: McGraw-Hill, 2019; 814-829.
- Aldaco-Sarvide F, Pérez-Pérez P, Cervantes-Sánchez G, Torrecillas-Torres L, et al. Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gac Mex Oncol* 2018; 17: 28-34. DOI: 10.24875/j.gamo.M18000105.
- Rivera-Rivera S, Calderillo-Ruiz G, Quintana-Quintana M. Oncología general para profesionales de la salud de primer contacto. 1ª ed. México: Permanyer, 2017; 1-10.
- Alonzo-Canul ME, Calderón-Rocher C, Rubio-Zapata H, Proy-Trujillo H, et al. Cáncer de piel en Yucatán: un estudio epidemiológico de 10 años. *Dermatología CMQ* 2015; 13 (1): 7-12.
- Fahradyan A, Howell AC, Wolfswinkel EM, Tsuha M, et al. Updates on the Management of Non-Melanoma Skin Cancer (NMSC). *Healthcare (Basel)* 2017; 5(4): 82. doi:10.3390/healthcare5040082.
- Reyes-Martínez G, Romero-Guerra AL, Alcántara-Hernández P, Mata-Miranda MP, et al. Caracterización epidemiológica y concordancia clínico-patológica del cáncer de piel en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. *Dermatología CMQ* 2007; 5 (2): 80-87.
- Calderón-Rocher C, Gutiérrez RM, Ramos A, Medina A. Correlación entre el diagnóstico clínico e histopatológico de las neoplasias más importantes en el servicio de oncología del Centro Dermatológico Pascua. *Dermatología Rev Mex* 2003; 47 (1): 1-4.
- Restrepo-Arias VC, Riaño-Arévalo HV, Ríos-Cerón JD, Paz-Córdoba BE, et al. Aspectos epidemiológicos del cáncer de piel diagnosticado en el año 2012 en 4 centros de referencia de Popayán, Colombia: un estudio observacional de corte transversal. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva* 2016; 22 (1): 36-43.
- 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* 2019; (9): 4. <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v9.n4.004>.
- Alfaro-Sánchez A, García-Hidalgo L, Casados-Vergara R, Rodríguez-Cabral R, et al. Epidemiología y variedades histológicas, estudio de cinco años en el noreste de México. *Dermatol Rev Mex* 2016; 60 (2): 106-113.
- Tirado-Gómez L, Granados-García M. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. *Cancerología* 2007; 2: 9-17.
- Chanussot-Depress C, Roberto A, Vega-Memije ME. Cánceres de piel más frecuentes en el Hospital General de Pemex de Veracruz. *Dermatología CMQ* 2014; 12 (1): 13-17.
- Cuevas-González MV, Vega-Memije ME, Zambrano-Galván G, Montañó-Olvera MA, et al. Frecuencia de cáncer de piel; experiencia de 10 años en un centro de diagnóstico histopatológico en la ciudad de Durango, Durango, México. *Dermatol Rev Mex* 2019; 63 (2): 152-159.
- Lobos BP, Lobos SA. Cáncer de piel no-melanoma. *Rev Med Clin Condes* 2011; 22 (6): 737-748. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70486-2.
- Ramos P, Cañete F, Dullak R, Bolla L, et al. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes atendidos en la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Ciencias Médicas de la

- Universidad Nacional de Asunción, Paraguay (2008-2011). An Fac Cienc Méd (Asunción) 2012; 45: 49-69.
20. López-Gamboa VR, Bartoli J, Blanzari MJ, Campana RV, et al. Estudio epidemiológico del cáncer cutáneo no melanoma en una institución de la ciudad de Córdoba, Argentina, en un periodo de cinco años. Med Cutan Iber Lat Am 2017; 45 (2): 107-111.
21. Grossi PG, Jacquier M, Quattrocchi MC, Dagatti MS, et al. Estudio epidemiológico y de concordancia clínico-patológica del cáncer de piel en el Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina. Arch Argent Dermatol 2012; 62: 179-184.

Dermatología Comunitaria México AC

Comunica con mucho agrado a todos los interesados, la apertura de su página web que pone a su disposición en la dirección: dermatologiacomunitaria.org.mx

Nuestro objetivo es dar a conocer: quiénes somos, nuestra historia desde los inicios, las etapas por las que hemos atravesado, quiénes han participado en nuestras actividades, las instituciones que nos han apoyado. Cuál es nuestra visión y razón de ser, entre lo que destaca la atención dermatológica a los grupos marginados, la enseñanza constante de la dermatología básica al personal de salud del primer nivel de atención en las áreas remotas y la investigación. Aunque los problemas dermatológicos no son prioritarios por su letalidad, sí lo son por su enorme frecuencia y la severa afectación en la calidad de vida de los que los padecen.

Les mostramos la estructura de nuestros cursos y cómo los llevamos a cabo.

La sección de noticias comparte con los interesados nuestro quehacer mes con mes y el programa anual tiene como objetivo invitarlos a participar en nuestras actividades.

Desde enero de este año está funcionando el Centro Dermatológico Ramón Ruiz Maldonado para personas de escasos recursos y para recibir a los pacientes afectados por las así llamadas enfermedades descuidadas *neglectas*, que nos envía el personal de salud que trabaja en las áreas remotas. Se encuentra ubicado temporalmente en el Fraccionamiento Costa Azul del puerto de Acapulco.

Con un profundo sentido de amistad y reconocimiento le hemos dado este nombre para honrar la memoria de quien fuera uno de los dermatólogos más brillantes de nuestro país, que alcanzó reconocimiento nacional e internacional. Además de haber alentado nuestras actividades participó, acompañado de su familia, en muchas de nuestras jornadas en las comunidades.

En la sección "Contacto" esperamos sus comentarios y sugerencias.

Dr. Roberto Estrada Castañón