

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento histológico de cáncer de piel. Estudio de tres años en la provincia de Guantánamo

Dra. Martha Esther Aroche Domínguez¹, Dra. Selmary Hernández Del Pino², Dra. Gloria Abijana Damién³, Dra. Alina Balón Ferrer⁴, Dr. José Antonio Bordelois Abdo⁵

- ¹ Especialista de II Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" Guantánamo. Cuba.
 - ² Especialista de I Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.
 - ³ Especialista de II Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.
 - ⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.
 - ⁵ Especialista de II Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" Dermatología. Guantánamo. Cuba.
-

RESUMEN

Se realiza un estudio para determinar el comportamiento histológico del cáncer de piel en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, durante el trienio 2009-2011. Se revisa el 100 % de las biopsias realizadas en el período. El universo de estudio está constituido por 754 pacientes con diagnóstico de cáncer de piel, que presentan 764 lesiones. En un segundo momento se valoran variables de índole histológicas. El estudio demuestra que la localización más frecuente es la cara. El carcinoma basal presentó la mayor incidencia, y su variedad sólido. Los bordes libres están presentes en el mayor número de los casos. Se procesan los datos con el sistema automatizado Microsoft Word. Los resultados se presentan en tablas y gráficos de distribución de frecuencias, utilizándose como método estadístico el número absoluto y el porcentaje. Los resultados son comparados con bibliografías revisadas. Se emiten conclusiones y recomendaciones.

Palabras clave: cáncer de piel, prevención y control, prevalencia, incidencia

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel, según muchos autores, presenta un notable incremento en los últimos años. Se relacionan dentro de las causas algunos factores medioambientales como el agujero de la capa de ozono, que provoca un incremento de las radiaciones UV, dicha capa detiene el 100 % de las radiaciones ultravioletas C y 85% las radiaciones ultravioletas B que llegan a la superficie de la tierra, otros factores culturales como las ropas descotadas, las horas de exposición solar por semana, los hábitos de protección solar, las quemaduras solares pasadas y el tiempo de exposición solar durante las vacaciones, o sociales como el problema del envejecimiento, y el incremento de la perspectiva de vida al nacer, entre otros.¹⁻⁴

El daño de una célula a través de la radiación ultravioleta se dará a nivel del DNA cuando este absorbe fotones de luz dando lugar a un reacomodo de electrones, la unión de la doble hélice se ve alterada generando una célula diferente a la cual se conoce con el nombre de fotoproducto.⁵⁻⁸

Anualmente, en Cuba se notifican alrededor de mil casos de cáncer melanoma basocelular y espinocelular que constituyen el segundo lugar en la tabla general de tumores malignos⁹, con predominio del sexo masculino y mayores de 60 años¹⁰. En Europa aparecen cada año 250 000 nuevos casos de epitelomas, y en los Estados Unidos esta cifra se eleva hasta los 800 000. Los países más afectados son Australia y Nueva Zelanda, actualmente considerado como un grave problema por su elevada frecuencia.¹¹⁻¹³

La sobrevida de 5 años o más en el melanoma maligno se obtiene en la mayoría de los pacientes cuando se diagnostican y tratan precozmente. El melanoma de extensión superficial es el más frecuente informándose una incidencia de hasta un 70 % en estudios realizados. Los situados en el tronco tienen peor pronóstico, posiblemente relacionado con el drenaje linfático, con difícil acceso quirúrgico, en comparación con los que se ubican en otras zonas. La presencia de ulceración empobrece el pronóstico porque esto ocurre casi siempre en melanomas malignos de crecimiento rápido y vertical, que son a su vez los que tienen mayor riesgo de diseminación. La condición de ser amelánico empobrece el pronóstico. Influencias hormonales no bien conocidas parecen influir en el resultado de pronóstico más favorable en el sexo femenino. En la etapa I (sin metástasis) el pronóstico está muy relacionado con el espesor del tumor.¹⁴⁻¹⁶

Las campañas de educación dan lugar a diagnósticos y tratamientos tempranos con disminución de la mortalidad; esto puede frenar el

aumento en la frecuencia de esta neoplasia ya que depende en gran medida de factores modificables.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de caracterizar epidemiológica e histológicamente el cáncer de piel en el territorio durante el período de tiempo comprendido entre los años 2009-2011.

El universo de estudio está constituido por 754 casos registrados de la incidencia con el diagnóstico histológico de cáncer de piel en el período del estudio. Los datos son recogidos de los archivos diagnósticos del departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo. Las variables estudiadas son:

1. Clasificación histológica: carcinoma basal (BC), carcinoma espinocelular (CEC), melanoma maligno (MM).
2. Localización: cuero cabelludo, cara (con sus diferentes subregiones), tronco, miembro superior, miembro inferior.
3. Variedad histológica: sólido, basoescamoso, *Morphea like*, adenoideoquistico, superficial, sin clasificar.
4. Margen oncológico de seguridad: bordes libres, incompletamente resecado, al ras de la lesión.

Para la obtención de la información se confecciona una ficha de vaciamiento donde se recogen los datos primarios. Se realiza una búsqueda amplia del tema y se comparan los resultados con estudios similares de otras regiones.

Los datos son computados y procesados mediante el paquete de programas estadísticos en un fichero SPSS, versión 11.0 para Windows y resumidos en tablas y gráficos. Se utilizan frecuencias absolutas y porcentajes. Se muestran los resultados, se emiten conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Tabla 1 muestra la distribución según clasificación histológica, observándose predominio de la variedad basal con un 66.5 % del total. En la literatura revisada el carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente y menos agresivo, con buen pronóstico generalmente y es causado por la radiación ultravioleta o por mutaciones en el gen PTCH (proteína homóloga en parches). Puede ser

localmente invasivo, destructivo pero de crecimiento lento y pocas veces hace metástasis. Puede sufrir regresión espontánea en algunas circunstancias, lo cual es potencialmente mediado por el sistema inmunitario.⁷⁻⁹

El carcinoma espinocelular es el segundo tumor cutáneo maligno en frecuencia y se deriva de los queratinocitos de la epidermis. La exposición solar es el principal factor etiológico, pero puede ser causado por el virus del papiloma humano (HPV) y el arsénico, entre otros. Se disemina más rápidamente que el carcinoma basocelular, pero sigue teniendo un crecimiento relativamente lento y puede hacer metástasis, incluso, a los órganos internos. Los carcinomas escamosos parecen ser más agresivos en los receptores de trasplantes que en personas inmunocompetentes. En los Estados Unidos de América se diagnostican 200.000 casos al año, su incidencia oscila entre 26 y 59 casos por 100.000 mujeres y entre 81 y 136 por 100.000 hombres, en Australia existe la incidencia más alta del mundo afectando el 1 % de la población por año, en estudios poblacionales se encuentra una incidencia entre 472 y 755 por 100.000 mujeres y de 1035-1332 por 100.000 hombres.^{5,6}

El melanoma maligno incrementa su incidencia en los últimos 20 años. Autores como Fitzpatrick estiman un incremento anual del 4 %. En la actualidad constituye la principal causa de muerte entre todas las enfermedades de la piel según Pinheiro Costa AM¹⁶, y del 1 al 2 % de todas las muertes por cáncer. En el estudio realizado solamente se encontraron 9 informes con este diagnóstico durante los 3 años de estudio para un 1.2 % del total.

La Tabla 2 muestra la localización de los tumores de piel estudiados, apreciándose predilección por las zonas de la piel expuestas a las radiaciones solares. El carcinoma basal, que es el más frecuente, por lo general es una lesión única, pero puede ser múltiple.¹⁸⁻²¹ Según Manzur, se localiza en la cara, sobre todo en las zonas periorbitales, sienes, frente y nariz. Sin embargo, puede localizarse en el cuello, el tronco y las extremidades, siempre en zonas provistas de folículos pilosos. Los miembros inferiores son afectados por el carcinoma epidermoide en mujeres.

El melanoma lentiginoso acral se presenta en palmas y plantas, y también en zonas periungueales y subungueales. Algunos autores incluyen dentro de este grupo los de mucosa oral, vagina y mucosa nasal. Es agresivo y ocurre ulceración y metástasis en corto tiempo. Es el tipo de melanoma maligno más frecuente en la raza negra.¹²⁻¹⁴ Se reporta una frecuencia aproximada del 8 % en la mayoría de los estudios, aunque en Cuba la frecuencia de esta forma clínica es más

elevada. En un estudio retrospectivo de 104 pacientes con melanoma maligno, realizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, en La Habana (años 1963-1973)⁶, el 40 % (42 pacientes) tuvo localización en pies, a predominio plantar. Las poblaciones negras de África también tienen un riesgo especial de desarrollar melanomas de las plantas de los pies, lo que estaría relacionado con la costumbre de caminar descalzos y sufrir microtraumatismos repetidos de las plantas de los pies.^{8,9}

En la Tabla 3 según la variedad histológica del carcinoma basocelular, predominó el sólido con un total de 204 casos (26.7 %), seguido del adenoideoquístico con 151 casos (19.8 %). En un estudio realizado por el departamento de Anatomía Patológica del mismo centro en los años 2003 al 2006 sobre los patrones histopatológicos del carcinoma basal se encontraron resultados similares, obteniéndose 52.1 % clasificados como sólidos, seguido por el adenoideoquístico con 20.1 %.

La Tabla 4 muestra el resultado de la exéresis de los tumores de piel, conociendo que el margen de seguridad oncológica exige 1 cm a cada lado de la lesión y por debajo, lo que repercute en un mejor pronóstico pues evita las recidivas de las lesiones, fundamentalmente en las variedades más agresivas. En un estudio en el mismo centro asistencial en los años 2003 al 2006, se encontró una frecuencia de bordes libres del 87.2 %. En este estudio, a pesar de no contar con la técnica de biopsia por congelación para estos casos, se logró que el 82.7 % de los pacientes operados resultaran con margen quirúrgico de seguridad adecuados, contra un 4.7 % que resultaron incompletamente resecados.

CONCLUSIONES

- Las regiones expuestas al sol son las más afectadas.
- El carcinoma basocelular es el más frecuente de los tumores de piel.
- La variedad sólido es la más frecuente y existió un predominio de los bordes libres luego de la cirugía.

RECOMENDACIONES

Todo paciente con presencia en la piel de lesiones sospechosas de tumor debe de ser biopsiado, con margen de seguridad adecuado, y exploración física de los ganglios correspondientes. Además, en caso del melanoma maligno, examen físico a los familiares directos del enfermo en busca de lesiones, considerándose como grupo de riesgo.

Promover campañas de educación para la salud con el objetivo de fomentar hábitos de protección a la piel. Deberá evitarse la exposición al sol del mediodía, desde las 10 am. hasta las 4 pm., o bien utilizar ropa de mangas largas o sombreros protectores. Las lociones con filtro solar protegen la piel y se clasifican según el factor de protección solar (FPS), que varía entre 2 y mayores a 30. Entre 15 y 30 bloquean la mayor parte de los rayos solares perjudiciales. Acudir al dermatólogo si nota modificaciones en lesiones névicas previas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Pérez SO. El sol y la piel [Internet]. [citado 10 Nov 2008]. Disponible en: <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/page/revistamedunab/numerosanteriores/revista513/sol%20y%20piel.pdf>
2. Osa JA de la. El sol es amigo y enemigo! Granma [Internet]. 11 Jul 2008; Nacional. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/2008/07/11/nacional/artic02.html>
3. Información básica sobre cáncer de piel [Internet]. [citado 22 Jun 2008]. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/skin/basic_info/
4. Matos M. Apuntes de dermatología. Fotobiología [Internet]. [citado 22 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/26117162/apuntes-dermatologia>
5. Arenas R. Melanoma Maligno. En: Atlas Dermatología: Diagnóstico y tratamiento. 3ª ed. México: Mc Graw Hill-Interamericana; 2005. p. 600-4.
6. Sober AJ, Koh HK, Wihemberg GP, Washington CV. Melanoma y otros cánceres de piel. En: Braunwald E, Fanci AS, Kasper DL, Haser SL, Jacneson JL. Harrison: Principios de Medicina Interna. 15ªed. Madrid: McGraw Hill; 2002. p. 653-60.
7. Jiménez Hernández MM. Los peligros del sol. Juventud Rebelde [Internet]. 24 Ago 2008 [citado 7 Nov 2008]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2008-08-24/los-peligros-del-sol/>
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. La Habana: MINSAP; 2007. p.73-6.

9. Parrilla Terra A. Sol y tipos de piel [Internet]. [citado 7 Nov 2008]. Disponible en: <http://mujer.terra.es/muj/articulo/html/mu28035.htm>
10. El cáncer [Internet]. [citado 7 Nov 2008]. Disponible en: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Consejos+de+salud/Sol/>
11. Ramos Lage J, Armas Ramírez EL De, Rondón Ayala JA, Ramos Lage M. Epidemiología del cáncer de piel no melanoma. Rev. Cubana Oncol. 2001;17(1):43-7.
12. Castro de Castro A. Requerimientos para una efectiva protección solar [Internet]. Disponible en: http://www.elixirvital.com/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=69
13. Pinheiro Costa AM, Fridman H, Veiga Cabral A, Rodríguez A. Melanoma cutáneo: Características clínicas-epidemiológicas e histopatológicas. An Bras Dermatol [Internet]. 2003 [citado 1 Ene 2007]; 78(2): Disponible en: http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid.
14. Brown PP, French L, Sauratt JH. State of the art in Melanoma Diagnosis. Rev. Med Suisse. 2005 Apr 20; 1(16):1086.
15. Murphy GF, Mihm MC. La piel. En: Cotran RS, Kumar V, Tucker C. Robbins patología estructural y funcional. 6ªed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 1215-8.
16. Langley R, Barahill R, Mihm MC, Fitzpatrick T, Sober A. Neoplasms: cutaneous melanoma. In: Freedberg I, Eisen A, Wolff K, Austen F, Goldsmith LA, Katz S. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. v1. 6ª ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 917-47.
17. US Cancer Statistics Working Group. United States cancer statistics: 1999-2006 incidence and mortality web-based report. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2010.
18. Pamías González E. Cubanos y norteamericanos en mayor riesgo de padecer cáncer de piel [Internet]. [citado 8 Dic 2008]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=22598>.
19. Lukaszuk BL, Cidral Muñiz E, Leite da Veiga M, Iribas JL. Aspectos epidemiológicos del cáncer de piel no melanoma en un servicio de Dermatología de la ciudad de Santa Fe. Rev Argent Dermatol. 2008; 89(1).
20. Del Rosario Ruiz MT, Rondón Lugo AJ, Castillo D. La cara oscura del sol. En: Rondón Lugo A. Pautas diagnósticas y terapéuticas [Internet]. 2007 (citado 10 Nov 2008): Disponible en: http://www.cilad.org/archivos/Rondon/Pautas_Rondon.pdf
21. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. J Clin Oncol. 2009; 27(36):6199-6206.

Recibido: 18 de mayo de 2012

Aprobado: 7 de junio de 2012

Dra. Martha Esther Aroche Domínguez. Hospital General Docente
"Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. Email:
maroche@infosol.gtm.sld.cu

Tabla 1. Clasificación histológica

| Clasificación histológica | 2009 | | 2010 | | 2011 | | Total | |
|---------------------------|------|-----|------|----|------|-----|-------|------|
| | M | F | M | F | M | F | No. | % |
| Basal | 76 | 75 | 66 | 69 | 141 | 81 | 508 | 66.5 |
| Espinocelular | 39 | 33 | 35 | 28 | 60 | 52 | 247 | 32.3 |
| Melanoma | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 9 | 1.2 |
| Total | 116 | 109 | 101 | 99 | 203 | 136 | 764 | 100 |

Fuente: Planilla de vaciamiento.

Tabla 2. Localización por años

| Localización | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | Total | |
|------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Cuero cabelludo | | 2 | 0.6 | 1 | 0.7 | 6 | 1.9 | 9 | 1.2 |
| Cara | Frente | 31 | 10.3 | 21 | 14.3 | 35 | 11.0 | 87 | 11.3 |
| | Nariz | 86 | 28.7 | 35 | 23.9 | 79 | 25.0 | 200 | 26.2 |
| | Mejilla | 68 | 22.8 | 26 | 17.7 | 70 | 22.1 | 164 | 21.4 |
| | Labios | 10 | 3.3 | 3 | 2.0 | 9 | 2.8 | 22 | 2.9 |
| | Periauriculares | 19 | 6.3 | 10 | 6.8 | 32 | 10.1 | 61 | 8.0 |
| | Mentón | 3 | 1.0 | 1 | 0.7 | 3 | 1.0 | 7 | 1.0 |
| Tronco | | 38 | 12.7 | 24 | 16.3 | 40 | 12.5 | 102 | 13.3 |
| Miembro superior | | 36 | 12.0 | 18 | 12.2 | 37 | 11.7 | 91 | 12.0 |
| Miembro inferior | | 7 | 2.3 | 8 | 5.4 | 6 | 1.9 | 21 | 2.7 |
| Total | | 300 | 100 | 147 | 100 | 317 | 100 | 764 | 100 |

Fuente: Planilla de vaciamiento.

Tabla 3. Variedad histológica

| Variedad histológica | 2009 | | 2010 | | 2011 | | Total | |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Adenoideoquístico | 64 | 22.2 | 38 | 18.5 | 49 | 18.1 | 151 | 19.8 |
| Sólido | 92 | 31.9 | 45 | 22.1 | 67 | 24.7 | 204 | 26.7 |
| Morphea like | 35 | 12.3 | 42 | 20.4 | 21 | 7.8 | 98 | 12.8 |
| Basoescamoso | 20 | 6.9 | 37 | 18.1 | 60 | 22.1 | 117 | 15.3 |
| Superficial | 38 | 13.2 | 21 | 10.2 | 29 | 10.7 | 88 | 11.5 |
| Sin clasificar | 39 | 13.5 | 22 | 10.7 | 45 | 16.6 | 106 | 13.9 |
| Total | 288 | 100 | 205 | 100 | 271 | 100 | 764 | 100 |

Fuente: Planilla de vaciamiento.

Tabla 4. Margen oncológico.

| Margen oncológico | 2009 | | 2010 | | 2011 | | Total | |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Bordes libres | 195 | 86.6 | 165 | 82.5 | 272 | 80.1 | 632 | 82.7 |
| Al ras de la lesión | 15 | 6.7 | 27 | 13.5 | 54 | 16.0 | 96 | 12.6 |
| Incompletamente resecado | 15 | 6.7 | 8 | 4.0 | 13 | 3.9 | 36 | 4.7 |
| Total | 225 | 100 | 200 | 100 | 339 | 100 | 764 | 100 |

Fuente: Planilla de vaciamiento.