

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICO PATOLÓGICOS DE NEOPLASIA MALIGNA DE PIEL NO MELANOMA

JOSSELIN ALEJANDRA CHAFLOQUE-BARRIOS, JACQUELINE JUDITH CABANILLAS-BECERRA, EUSTAQUIO ERMITAÑO SILVERIO-MOTA, CÉSAR FRANCISCO HIRAKATA-NAKAYAMA, CRISTIAN DÍAZ-VÉLEZ

UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI, HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO ESSALUD, CHICLAYO, PERÚ.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir los aspectos epidemiológicos y clínico-patológicos de la neoplasia maligna de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Regional Lambayeque durante enero 2015- julio 2016. **MÉTODO:** Estudio no experimental, retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional. La población corresponde a todo el marco muestral, 193 historias clínicas de los servicios de dermatología, y cirugía plástica. Se empleó una ficha de recolección de datos elaborada por el autor y validada por dos especialistas. El análisis estadístico se realizó con frecuencia absoluta y porcentajes para variables cualitativas; y mediana con rangos intercuartílicos para las variables cuantitativas. **RESULTADOS:** La concordancia entre el diagnóstico clínico y patológico de carcinoma escamocelular y carcinoma basocelular fue 30 (75 %) y 96 (98,97 %), respectivamente. La edad promedio de afectación por fue de 79 y 73 años, cada uno; predominando en género femenino. La localización anatómica más afectada fue cara (escamocelular 62,50 % y basocelular 94 %). Entre las opciones de tratamiento se evidenció predominio de resección quirúrgica estándar (59,86 %) y criocirugía como opción no quirúrgica (13,38 %). **CONCLUSIÓN:** La variante predominante según diagnóstico clínico y anatómico-patológico fue el basocelular en 68,31 % del total de historias clínicas. Estos fueron más frecuentes en el género femenino con edades entre 64 a 81 años el primero, y 70 a 83,5 años el segundo. La localización anatómica más afectada es la cara, predominando la nariz (43,62 %) en basocelular, y la mejilla (36,00 %) en escamocelular.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias, carcinoma, basocelular, células escamosa, piel

SUMMARY

OBJECTIVE: Describe the epidemiological and clinical-pathological aspects of malignant neoplasia of skin not melanoma in patients attended in the Regional Hospital Lambayeque during January 2015- July, 2016. **METHOD:** Non-experimental, retrospective, descriptive, cross-sectional and observational study. The population corresponds to the whole sample frame, 193 clinical histories of the services of dermatology, and plastic surgery. A data collection sheet prepared by the author and validated by two specialists was used. Statistical analysis was performed with absolute frequency and percentages for the qualitative variables; And median with interquartile ranges for quantitative variables. **RESULTS:** The concordance between clinical and pathological diagnosis of squamous cell skin cancer and basal cell skin cancer was 30 (75 %) and 96 (98.97 %), respectively. The mean age of affection was 79 and 73 years, respectively; predominating in the female gender. The anatomical location most affected was the face (squamous 62.50 % and basal 94 %). Among the treatment options there was demonstrated predominance of the standard surgical Resection (59.86 %) and cryosurgery as non-surgical option (13.38 %). **CONCLUSIONS:** The predominant variant according to clinical diagnosis and anatomical-pathological was the basal in 68.31 % of the total medical histories. Squamous and basal were more frequent in female gender with ages between 64 to 81 years for the former, and 70 to 83.5 years for the latter. The anatomic location more affected is the face, mostly on the nose (43.62 %) for basal, and cheek (36.00 %) in squamous.

KEY WORDS: Neoplasms, carcinoma, basal cell, squamous cell, skin.

Recibido: 22/02/2017 Revisado: 15/05/2017

Aceptado para publicación: 30/06/2017

Correspondencia: Dr. Cristian Díaz V. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Essalud, Chiclayo, Perú.

E-mail: cristiandiazv@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es una de las neoplasias malignas más frecuentes en el mundo⁽¹⁾; aproximadamente el 95 % de los casos son de neoplasia de piel no melanoma (NPNM), comprendiendo principalmente dos variedades histológicas: carcinoma basocelular (CB) y carcinoma escamocelular (CE)⁽²⁾, se ha estimado que alrededor de 3,3 millones de estadounidenses son diagnosticados cada año⁽³⁾. La muerte a causa de estos cánceres es poco común, se cree que aproximadamente 2 000 personas en EE.UU mueren cada año a causa de esta neoplasia⁽³⁾.

En un estudio realizado en México, durante los años 2004 a 2011 se consideraron 2 185 expedientes de pacientes con 4 743 lesiones confirmadas histopatológicamente. Se obtuvo que la neoplasia cutánea más frecuente el CB (74 %), seguido del CE (14 %)⁽⁴⁾. Mientras tanto, en Argentina se obtuvo 1 383 informes con diagnóstico de neoplasia de piel (911 CB y 401 CE)⁽⁵⁾.

En el Perú, la Dirección General de Epidemiología (DGE), durante los años 2006 y 2010 registró 5 975 casos de neoplasia de piel, lo que representa el 6,6 % del total de neoplasias registradas. Según estos datos, el cáncer de piel se ubica en el cuarto lugar de frecuencia a nivel nacional, superado por el cáncer de estómago, mama y cérvix. Entre las regiones más afectadas se encuentran La Libertad y Cajamarca con frecuencias de 10,7 % y 9,5 % respectivamente. Durante el año 2011 se registraron 1 208 defunciones debido a neoplasia de piel, representando una tasa de mortalidad ajustada de 1,6 por 100 000 habitantes. Por otro lado, las estadísticas registradas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante los años 2000-2011, registraron 6 048 casos de neoplasia de piel, los cuales representan

un 5,8 % de la totalidad de neoplasias atendidas⁽⁶⁾.

Según el Análisis de Situación en Salud (ASIS), el promedio anual de casos notificados de cáncer durante los años 2006-2011, fue de 1 612 casos de neoplasia de piel en el departamento de Lambayeque. Asimismo, la incidencia según los distritos de Lambayeque durante los años 2000-2014, predominó en el Distrito de Olmos con 50, seguido de Eten Puerto con 18, Chongoyape con 16, Ferreñafe con 13,8, Reque con 12,4 y Chiclayo con 12 por 100 000 habitantes⁽⁷⁾.

Actualmente, en la región Lambayeque, no se han encontrado estudios con enfoque en los aspectos epidemiológicos y clínico-patológicos de NPNM. Por otro lado, la población afectada es en su mayoría adulta, población laboralmente activa, lo que afecta el rendimiento profesional, con consecuentes repercusiones económicas, sociales y personales. El presente trabajo brindará una aproximación de la situación actual de dicha enfermedad, de los aspectos clínicos predominantes y del tipo de tratamiento aplicado en la región.

El objetivo de este estudio es describir los aspectos epidemiológicos y clínico-patológicos de la NPNM en pacientes atendidos en el Hospital Regional Lambayeque (HRL) durante enero 2015 - julio 2016.

MÉTODO

Estudio no experimental, retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional, realizado con historias clínicas de pacientes con diagnóstico de NPNM, atendidos en el Hospital Regional Lambayeque, entre enero 2015- julio 2016.

La población sujeto de estudio estuvo conformada por todo el marco muestral, correspondiente a las historias clínicas de pacientes atendidos en los consultorios de los servicios de dermatología, y cirugía plástica-

reconstructiva, con diagnóstico definitivo de CIE10 comprendido de C44.0 a C44.9.

Se incluyeron aquellas historias clínicas de pacientes diagnosticados con NPNM, confirmados por informe anatómo-patológico; se excluyeron las historias clínicas de población vulnerable (VIH, ITS, otros). Se eliminaron las historias clínicas con datos incongruentes, incompletos o erróneamente clasificados en la base de datos como NPNM.

Se empleó una ficha de recolección de datos elaborada por el autor y validada por dos especialistas que evaluaron la viabilidad de esta para recolección de datos de fuente secundaria. La ficha comprende las siguientes partes: datos epidemiológicos (edad, género, ocupación y procedencia), datos clínicos (localización, diagnóstico), datos anatómo-patológicos (CB y CE), datos de concordancia con anatomía patológica (existe o no concordancia) y datos de tratamiento (quirúrgico, no quirúrgico y sin tratamiento).

Los datos obtenidos se ingresaron en una base de datos elaborada en el Office Excel 2013. El análisis descriptivo se realizó con frecuencia absoluta y porcentajes para las variables cualitativas; para las variables cuantitativas se utilizó mediana y rangos intercuartílicos. Finalmente los resultados se resumieron en gráficos, tablas y figura para su presentación.

Se contó con la autorización de la unidad de tesis de la Universidad San Martín de Porres y de la dirección de investigación del HRL para la aplicación de una ficha de datos que permitió recolectar información pertinente de las historias clínicas de los pacientes atendidos en dicho nosocomio. Se mantuvo la confidencialidad de la información a través del uso de códigos que permitieron el anonimato de los pacientes. El presente trabajo de investigación se sometió a la evaluación del comité de ética del HRL. Los resultados obtenidos fueron almacenados en una base única con clave a la que solo accedió el investigador. Posterior a la investigación los datos fueron eliminados.

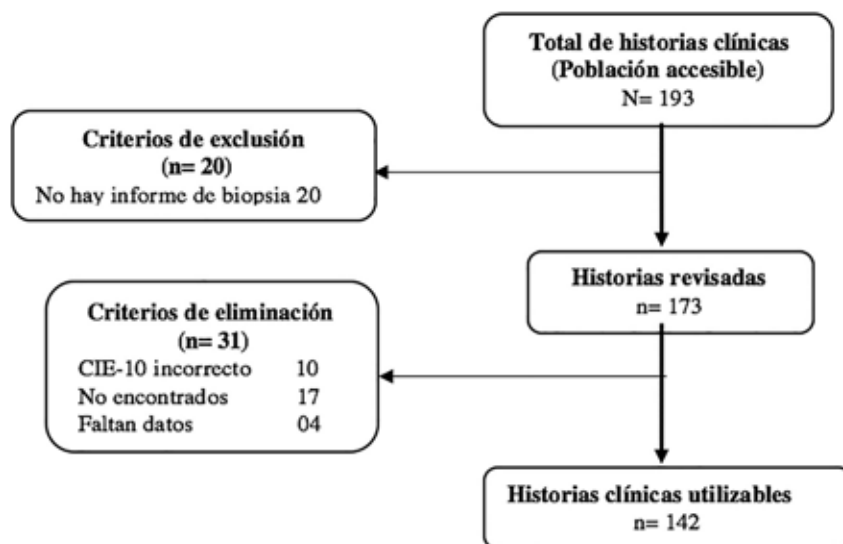


Figura 1. Flujograma de población.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 142 historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de NPNM, atendidos en los servicios de dermatología y

cirugía plástica-reconstructiva.

La concordancia diagnóstica del CE fue de 30 historias clínicas (96,77 %), según la revisión de 31 historias con diagnóstico clínico y 40 historias

Cuadro 1. Frecuencia de NPNM confirmada por anatomía patológica según edad, género y procedencia en pacientes del Hospital Regional Lambayeque. Enero 2015- julio 2016.

CARACTERÍSTICA	DIAGNÓSTICO			
	Escamocelular	%	Basocelular	%
Edad *	79	70-83,5	73	64-81
Género				
Masculino	17	42,50	34	35,05
Femenino	23	57,50	63	64,95
Procedencia distrito				
Chiclayo	26	65,00	58	59,79
Pimentel	0	0,00	5	5,15
Olmos	0	0,00	5	5,15
Cajamarca	0	0,00	4	4,12
Tumbes	0	0,00	3	3,09
Chota	2	5,00	3	3,09
Jaén	0	0,00	3	3,09
José Leonardo Ortiz	3	7,50	2	2,06
Pucallá	0	0,00	2	2,06
Lambayeque	0	0,00	2	2,06
Mochumi	3	7,50	1	1,03
La peca	2	5,00	0	0,00
Otros**	4	10,00	9	9,28
Procedencia provincia				
Chiclayo	33	82,50	71	73,20
Lambayeque	3	7,50	9	9,28
Cajamarca	0	0,00	4	4,12
Tumbes	0	0,00	3	3,09
Chota	2	5,00	3	3,09
Jaén	0	0,00	3	3,09
Bagua	2	5,00	0	0,00
Otros***	0	0,00	4	4,12
Procedencia departamento				
Lambayeque	36	90,00	81	83,51
Cajamarca	2	5,00	11	11,34
Tumbes	0	0	3	3,09
Amazonas	2	5,00	1	1,03
La libertad	0	0,00	1	1,03

*Mediana y rangos intercuartílicos **Escamocelular un caso: Chongoyape, La Victoria, Lagunas y Zaña. Basocelular un caso: Chongoyape, Bagua Grande, Illimo, Túcume, Pacasmayo, Oyotún, Ferreñafe, San Ignacio, Mórrope. *** Basocelular un caso: Utcubamba, Pacasmayo, Ferreñafe, San Ignacio.

con diagnóstico confirmado por anatomía patológica. Respecto al CB, se observó que el número de historias clínicas con diagnóstico

clínico y anatomo-patológico fue de 111 y 97 respectivamente, presentando concordancia en 96 historias clínicas (86,48 %).

Cuadro 2. Frecuencia de NPNM según datos clínicos y anatomo-patológicos en pacientes del Hospital Regional Lambayeque. Enero 2015- julio 2016.

NEOPLASIA DE PIEL NO MELANOMA*	n	%
Datos clínicos	142	100
Carcinoma escamocelular	31	21,83
Queratosis actínica	13	41,94
Enfermedad de Bowen	3	9,68
No refiere	15	48,39
Carcinoma basocelular	111	78,17
Nodular	38	34,23
Nodular y pigmentado	6	5,41
Nodular y superficial	2	1,8
Pigmentado	1	0,90
No Refiere	64	57,66
Datos anatomo-patológicos	142	100
Carcinoma escamocelular	40	28,17
Escamoso adenoide	4	10
Escamoso acantolítico	1	2,50
Otros*	10	25,00
No especificado	25	62,50
Carcinoma basocelular	99	69,72
Ulcerado	16	16,16
Sólido	8	8,08
Adenoideo	5	5,05
Pigmentado	5	5,05
Micronodular	6	6,06
Superficial	2	2,02
Infiltrativo	1	1,01
Quístico	1	1,01
Metatípico	1	1,01
Más de un tipo	3	3,03
No especificado	51	51,52
Otros diagnósticos**	3	2,11

* Queratinizante, infiltrante, in situ, esclerosante, células grandes ** Melanoma, foliculitis, dermatitis atópica. Fuente. Historias clínicas del área de archivos clínicos.

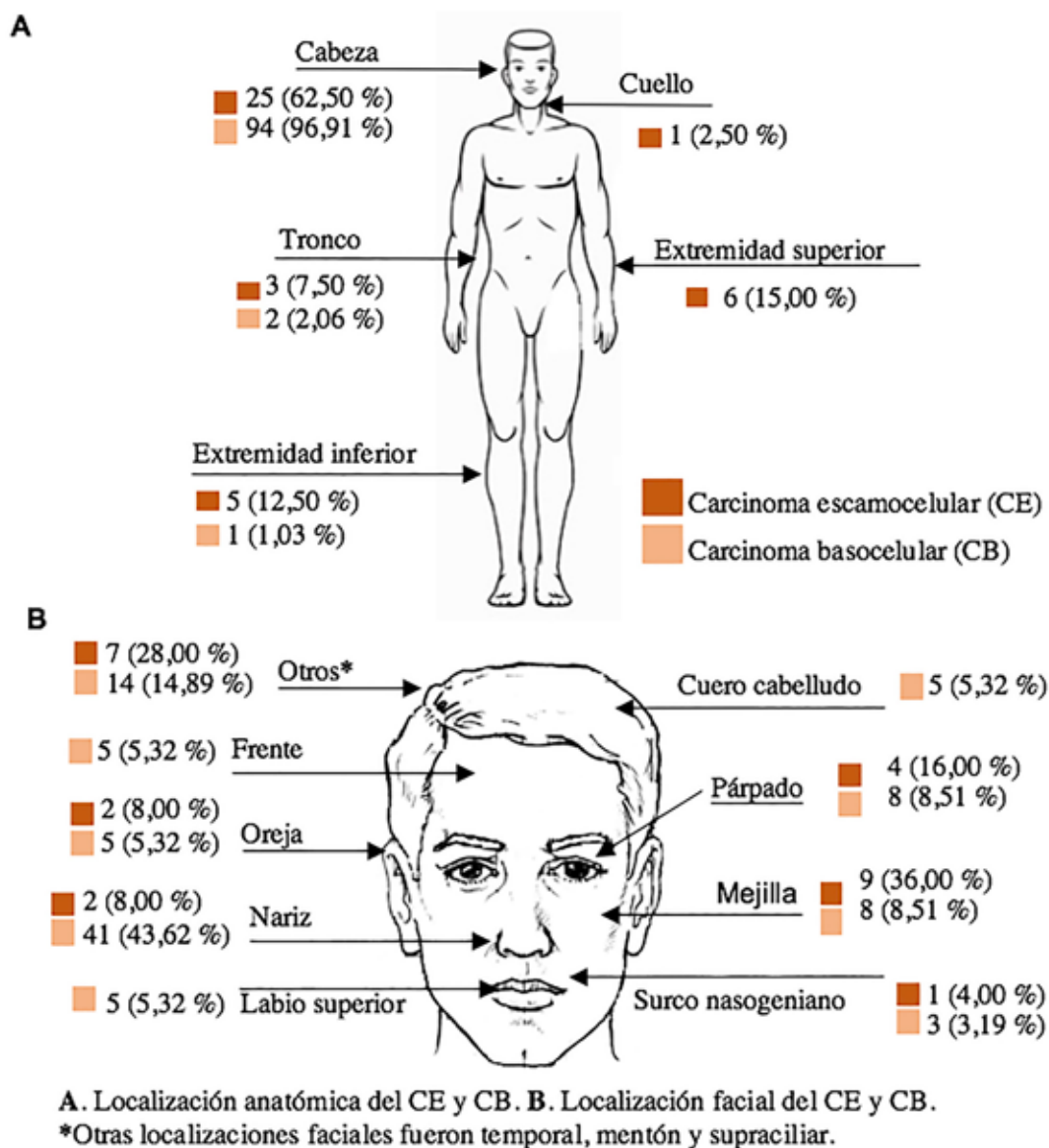


Figura 2. Frecuencia de localización anatómica según el tipo de NPNM confirmado por anatomía patológica en Hospital Regional Lambayeque. Enero 2015- julio 2016.

DISCUSIÓN

Güémez y col. refieren que la incidencia de CE y CB aumenta con la edad, siendo la mayoría

de la población afectada entre 70 y 79 años ⁽¹⁾. Similares hallazgos se informan en la presente investigación en la que la edad promedio de afectación por CE y CB fue de 79 y 73 años,

respectivamente. Esto podría explicarse por la exposición crónica a la radiación solar, considerada como el principal factor de riesgo de cáncer de piel ⁽¹¹⁾.

Al igual que en reportes de diversos estudios prospectivos y retrospectivos realizados en hospitales de México y otras partes del mundo, en este estudio se observa un predominio del CB y CE en el género femenino con 64,95 % y 57,50 % para cada variante ⁽¹⁾.

De acuerdo a la frecuencia de NPNM según la procedencia, en la variante basocelular, se observó un predominio en el distrito de Chiclayo, provincia de Chiclayo y departamento de Lambayeque con 58 casos (59,79 %), 71 casos (73,20 %), y 81 casos (83,51 %), cada uno. En cuanto a la variante escamocelular, la mayor frecuencia de casos se observó en la provincia de Chiclayo con 33 casos (82,50 %) y en el departamento de Lambayeque con 36 casos (90 %), actualmente no se ha encontrado estudios que midan la frecuencia de NPNM en la Región Lambayeque.

El tipo de NPNM predominante según diagnóstico clínico es el CB en 111 historias clínicas (78,17 %) y dentro de este, la variante clínica más frecuente es la nodular (34,23 %), tal como describe la literatura y en relación con los hallazgos de otros autores ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Sin embargo, se evidencia que el 57,66 % de las historias clínicas no refieren el tipo de variante clínica; siendo esta una limitación respecto al diagnóstico clínico. Por otro lado, el CE se muestra con menor frecuencia en 31 historias (21,83 %), siendo la queratosis actínica su variante clínica más descrita en 13 historias (41,94 %); contrastando con un estudio que consideró al CE bien diferenciado como la variante clínica de mayor presentación en un 48 %, seguido de la queratosis actínica en un 18 % ⁽¹⁰⁾.

En los resultados del estudio patológico, el CB presenta como tipo histopatológico predominante al ulcerado (16,16 %), no coincidiendo con

un estudio cubano que plantea al tipo sólido como el más frecuente ⁽⁹⁾. Cabe resaltar, que se ha encontrado ciertos informes de anatomía patológica de CB (51,52 %) y CE (62,50 %) que no especifican el tipo histopatológico de cada caso. Asimismo, es importante mencionar que 3 historias (2,11 %) tuvieron un diagnóstico patológico distinto a NPNM, por lo que no han sido consideradas en el análisis posterior.

En el presente estudio se ha encontrado que la concordancia entre el diagnóstico clínico y anatomo-patológico de CE y CB es de 30 (96,77 %) y 96 (86,48 %) respectivamente, dentro del total de historias clínicas revisadas. Cabe resaltar que para los tipos histopatológicos más frecuentes el aspecto macroscópico es a menudo suficiente para guiar al especialista en el diagnóstico clínico; por otro lado, el examen de anatomía patológica es el único capaz de tipificar el tipo de variante histopatológica, siendo absolutamente necesario para el diagnóstico definitivo ⁽¹¹⁾.

Respecto a la localización anatómica de las lesiones, se observa como el CB predomina en la cara en un 94 %, con mayor compromiso del área nasal en un 43,62 % ^(8,9,12), seguida de la mejilla y párpados con 8,51 %. Se encontraron datos similares en otros estudios ^(1,10), lo que probablemente reflejaría una relación directa entre la densidad de las glándulas sebáceas de la piel expuesta a radiación solar y la incidencia de CB.

Por otro lado, al analizar la localización anatómica de las lesiones de CE observamos que la mayor presentación fue cabeza (62,50 %), predominando en la mejilla con 36,00 % ⁽¹⁰⁾. A pesar del predominio cefálico, se aprecia afectación a nivel de extremidades inferiores en 12,50 % de las historias clínicas con diagnóstico confirmado por anatomía patológica. Dicha frecuencia de localización fue descrita en otro estudio con una serie de 167 lesiones de CE, donde el 62,9 % tuvo localización cefálica,

seguido del compromiso de extremidades ⁽¹¹⁾.

Según las opciones de tratamiento brindadas en el Hospital Regional Lambayeque para los casos de NPNM, se muestra con mayor frecuencia a la resección quirúrgica estándar en 85 historias clínicas revisadas (59,86 %) concordando con otras literaturas que concluyen que la cirugía convencional es el tratamiento de elección, más aún en casos de CB ^(9,13) pues tiene como objetivo eliminar radicalmente el tumor ⁽¹⁰⁾ y ofrece la posibilidad de estudiar los márgenes histológicos ⁽⁹⁾. Debido a la localización de las lesiones en sitios visibles se requiere un manejo con criterios estéticos, por tal motivo dermatólogos, cirujanos plásticos y cirujanos oncólogos son llamados a manejar estos pacientes ⁽⁸⁾. Como opción no quirúrgica, predominó la criocirugía (13,38 %). Por otro lado, se observa que el 24,65 % del total de historias clínicas revisadas no referían la realización de algún tipo de tratamiento.

Durante la ejecución de la investigación, se observó que la calidad de las historias clínicas no era adecuada en algunos casos y no brindaba información completa de todos los pacientes. Por otro lado, algunas historias clínicas no contaban con informe de anatomía patológica que determine el tipo histológico de la neoplasia maligna de piel. Asimismo, no se pudo determinar el tipo de neoplasia predominante según la ocupación de cada paciente, ni el impacto de esta sobre la enfermedad pues ninguna historia clínica consignaba dicho dato.

Para lograr la disminución de la incidencia de neoplasia de piel es importante minimizar la exposición a RUV, especialmente desde la niñez y la adolescencia, utilizar ropa adecuada que proteja contra este tipo de radiación, sombreros, lentes de sol y bloqueadores solares. Otro aspecto importante es la educación y la promoción del autoexamen de piel en la población en general, además de instruir a la población médica en el reconocimiento de lesiones malignas cutáneas,

así como los factores de riesgo asociados y las medidas preventivas. Si existiera duda clínica se debe corroborar siempre el diagnóstico con el estudio histopatológico.

Es necesario promover el diagnóstico temprano, pues permite reducir la morbilidad y mortalidad; así como los costos de atención médica, un tema importante debido a que gran parte de la población no cuenta con seguro social. Asimismo, un diagnóstico oportuno evita tratamiento invasivos y contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Las neoplasias basocelular y escamocelular son más frecuentes en pacientes del género femenino entre 64 a 81 años, y 70-83,5 años. Asimismo, se observa que la procedencia predominó en el distrito de Chiclayo; siendo la frecuencia de NPNM en el Hospital Regional Lambayeque es de 28,17 % para CE y 69,72 % para CB.

La NPNM predominante según diagnóstico clínico y anatómo-patológico fue el CB, mostrando mayor frecuencia en la variante clínica nodular y el tipo histopatológico ulcerado. La localización anatómica más afectada por el CE y CB es la cara, predominando la mejilla y la nariz.

El tratamiento más aplicado fue la resección quirúrgica estándar, seguido de la criocirugía como opción no quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Güémez F, Plascencia A, Graniel M, Dzul K. Epidemiología del cáncer de piel en el Centro Dermatológico de Yucatán durante 2012. *Dermatol Rev Mex*. 2015;59:9-18.
2. Ramos I, De Armas E, Rondón J, Ramos M. Epidemiología del cáncer de piel no melanoma. Hospital Provincial de Villa Clara. *Rev Cub Oncol*. 2001;17(1):43-47.
3. Sociedad Americana de Cáncer. Cáncer de piel: células basales y células escamosas. Disponible en: URL: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002321-pdf.pdf>

4. Hernández A, Medina A, López S, Alcalá D. 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. *Dermatología Rev Mex.* 2012;56(1):30-37.
5. Chesta D, Cordero V, Negri I, Cabalier M. Cáncer de piel en sus principales variantes de origen epidérmico: Revisión de casuística en 10 años. *Revista Argentina de Morfología Revista Argentina.* 2014 Disponible en: URL: <http://docplayer.es/14716922-Revista-argentina-de-morfologia-revista-argentina-de-morfologia.html>.
6. Sordo C, Gutiérrez C. Cáncer de piel y radiación solar: Experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. *Rev Perú Med Exp. Salud Pública.* 2013;30(1):113-117.
7. Díaz Vélez C. Estado actual del cáncer en el Perú y Lambayeque-2014. Seguridad Social de Salud, Essalud. Disponible en: URL: <http://es.slideshare.net/cristiandiazv/estado-actual-del-cncer-en-el-per-y-lambayeque-actualizado-2014>.
8. Díaz J, Tantalean E, García C. Cáncer de piel no melanoma. Aspectos clínicos-patológicos. *Rev Med Hered.* 1995;6:83-92.
9. Flaminio R, Díaz L. Características clínicas de los pacientes con carcinoma Basocelular. Una serie de 305 casos en Bucaramanga. Colombia. *MedUnab.* 2002;14(5):69-73.
10. Viñas M, Algozain Y, Álvarez L, Quintana J. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. *Rev Cubana de Estomatología.* 2011;48(2):121-128.
11. Suntaxi G. Incidencia de cáncer cutáneo no melanoma en el servicio de dermatología del Hospital Luis Vernaza en el período de agosto del 2009 a agosto del 2010. [Tesis para optar por el título de especialista en Dermatología]. Guayaquil-Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2011.
12. Goldsmith L, Lowell A, Stephen I, Katz BA, Gilchrist AS, Paller DJ, et al. Editores. *Dermatología de Fitzpatrick en Medicina General.* 8ª edición. México: Editorial Mc Graw Hill; 2014.
13. Cajina A. Carcinoma Basocelular. *Rev. Médica Costa Rica y Centroamérica LXIX.* 2012;(603):325-329.