



Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Medicina

**CARACTERISTICAS DEL CÁNCER DERMATOLÓGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL
POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013**

**Tesis previa a la
obtención del título de
Médica y Médico**

AUTORES:

PABLO SEBASTIÁN ARÉVALO ESPINOZA

JONNATHAN PAUL CARVAJAL CALLE

ANA ISABEL JERVES RAMÍREZ

DIRECTOR:

Dr. Iván Marcelo Zeas Domínguez

ASESOR:

Dr. Rosendo Iván Rojas Reyes

CUENCA - ECUADOR

2013



Resumen:

Introducción: El cáncer dermatológico es de los más comunes en nuestra sociedad(9,30); el correcto diagnóstico y tratamiento, son fundamentales en su impacto dentro del pronóstico del paciente. En el Ecuador por su posición geográfica, este tipo de cáncer tiene una connotación especial, por la exposición a rayos ultravioleta, el cual es el factor de riesgo más importante para la génesis de esta patología.

Métodos: se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, sobre las biopsias de muestras de piel procesadas por el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo Junio 2011 a Junio 2013. El criterio de inclusión fue la malignidad de las muestras sin importar su estadio.

Resultados: el total de muestras fue 401 de las cuales el 63,3%(254) correspondieron al sexo femenino y el (147) al masculino. El porcentaje de malignidad reportado es de 29,4%; del cual el 50% corresponde a carcinoma basocelular, 28,6% carcinoma escamocelular y 15,8% melanomas. La localización de las lesiones malignas, el 59,3% se encuentra en la cara, 20,3% en miembros inferiores, 12,7% en tronco, 4,2% cabeza y 3,4% en miembros superiores.

Conclusiones: el cáncer dermatológico, esta presente en el tercio de las muestras de piel procesadas. Se encontró una relación 2 a 1 entre mujeres y hombres. La edad en cual más se presenta se encuentra entre 65 y 85 años; las lesiones se localizan mayormente en la cara, en dos de los tres tipos de cáncer; el melanoma que es tipo más agresivo es comúnmente encontrado en los miembros inferiores.

Palabras Claves: CANCER DERMATOLOGICO, BASOCELULAR, ESPINOCELULAR, MELANOMA, BIOPSIAS, ANATOMIA PATOLOGICA.



Abstract:

Introduction: The dermatological cancer is the most common our society, the correct diagnosis and treatment are critical in their impact within the patient's prognosis. In Ecuador, its geographical position, this cancer has a special connotation, by exposure to ultraviolet light, which is the most important for the genesis of this disease risk factor.

Methods: A descriptive cross-sectional biopsies of skin samples processed by the Laboratory of Pathology of the Hospital Vicente Corral Moscoso in the period June 2011 to June 2013 was performed. The inclusion criterion was the malignancy of the samples regardless of their stadium.

Results: The total sample was 401 of which 63.3 % (254) for females (147) were men. The percentage of malignancy reported is 29.4 %, of which 50 % is basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma 28.6 % and 15.8 % melanomas. The localization of malignant lesions, 59.3 % are in the face, 20.3 % in lower limbs, trunk 12.7%, 4.2 % lead and 3.4% in the upper limbs.

Conclusions: dermatologic cancer is present in the third of the skin samples processed. 2-1 relationship between women and men was found. The age at which most occurs is between 65 and 84 years, the lesions are located mostly on the face, in two of the three cancers , melanoma is the most aggressive type is commonly found in the lower limbs.

Keywords: DERMATOLOGY CANCER, BASAL CELL, SQUAMUS CELL, MELANOMA, BIOPSY, PATHOLOGY.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Yo, PABLO SEBASTIAN AREVALO ESPINOZA, autor de la Tesis: CARACTERISTICAS DEL CÁNCER DERMATOLÓGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013; certifico, que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en esta investigación, son de absoluta responsabilidad de su autor.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Pablo Arevalo Espinoza', written on a grey background.

PABLO SEBASTIAN AREVALO ESPINOZA



Yo, ANA ISABEL JERVES RAMIREZ, autora de la Tesis: CARACTERISTICAS DEL CÁNCER DERMATOLÓGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013; certifico, que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en esta investigación, son de absoluta responsabilidad de su autor.

A photograph of a handwritten signature in blue ink that reads 'Isabel Jerves'.

ANA ISABEL JERVES RAMIREZ



Yo, JONNATHAN PAUL CARVAJAL CALLE, autor de la Tesis: CARACTERISTICAS DEL CÁNCER DERMATOLÓGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013; certifico, que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en esta investigación, son de absoluta responsabilidad de su autor.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Jonnathan Paul Carvajal Calle', on a grey background.

JONNATHAN PAUL CARVAJAL CALLE



Yo, PABLO SEBASTIAN AREVALO ESPINOZA, autor de la Tesis: CARACTERISTICAS DEL CÁNCER DERMATOLÓGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para obtener mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales y patrimoniales como autor.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Pablo Arevalo Espinoza', written over a grey rectangular background.

PABLO SEBASTIAN AREVALO ESPINOZA



Yo, ANA ISABEL JERVES RAMIREZ, autor de la Tesis: CARACTERISTICAS DEL CÁNCER DERMATOLÓGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para obtener mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales y patrimoniales como autor.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Isabel Jerves'.

ANA ISABEL JERVES RAMIREZ



Yo, JONNATHAN PAUL CARVAJAL CALLE, autor de la Tesis: CARACTERISTICAS DEL CÁNCER DERMATOLÓGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para obtener mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales y patrimoniales como autor.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jonnathan Paul Carvajal Calle', written over a grey rectangular background.

JONNATHAN PAUL CARVAJAL CALLE



AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar agradecer a nuestras familias, por haber estado siempre presentes, apoyándonos en todo momento de esta sacrificada carrera. También queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a los doctores, Iván Zeas y Rosendo Rojas por haber sido parte importante de este proyecto.

Muchas gracias a todos quienes formaron parte de nuestro trayecto.



DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a la mujer, que fue mi pilar en los momentos más difíciles durante mi carrera, a aquella que lleno de alegría mis días. Para ti este esfuerzo Isabel.

Pablo Arévalo

Quiero dedicar mi tesis a las personas que siempre han estado a mi lado apoyándome incondicionalmente en todos los momentos de mi carrera y mi sueño. A mi papa, mama, hermanos y sobre todo a ti Sol por estar a mi lado siempre.

Jonnathan Carvajal

Este trabajo, va dedicado para mis padres, mis hermanos y mi familia; en especial para mi querido abuelo que me acompañó siempre y para Pablo, que ha sido un pilar en mi vida.

Isabel Jerves



CONTENIDO.

I.	Introducción.....	13
	a. Antecedentes.....	13
	b. Justificación.....	14
II.	Marco Teórico.....	15
	a. Carcinoma basocelular.....	15
	b. Carcinoma escamocelular.....	18
	c. Melanoma.....	22
	d. Hipótesis.....	26
III.	Objetivos	
	a. Objetivo General.....	27
	b. Objetivos específicos.....	27
IV.	Metodología de la Investigación	
	a. Tipo y diseño general de la investigación.....	28
	b. Definiciones operacionales.....	28
	c. Métodos, técnicas e instrumentos.....	28
	d. Plan de tabulación y análisis.....	29
	e. Aspectos Éticos.....	29
V.	Resultados.....	30
VI.	Discusión.....	46
VII.	Conclusiones.....	48
VIII.	Recomendaciones.....	49
	Referencia bibliográficas.....	50
	Anexos.....	54



I. INTRODUCCIÓN

a. Antecedentes:

Desde el origen del hombre, se ha visto como una deidad al sol; asignándole propiedades divinas y curativas, en casos de artritis, ictericia neonatal, reumas, psoriasis y tuberculosis (1); sin embargo en la actualidad conocemos las características de los rayos ultra violeta, siendo estos un factor de riesgo para padecer cáncer de piel.

El cáncer de piel es el más común en los humanos, abarca cerca de un tercio del total de neoplasias; encontrándose en primer lugar el Carcinoma Basocelular (CBC), en segundo lugar el Carcinoma Epidermoide o Escamocelular (CEC) (2) y al final de la lista completa el Melanoma (MC), que es frecuentemente separado del grupo dermatológico por tener un origen embrionario diferente de sus células precursoras.

En un estudio publicado en Argentina en el año 2012; realizado en 5590 casos, de muestras de piel procesadas en anatomía patológica, se obtuvieron 345 casos de carcinoma, obteniendo que el 58% de carcinomas son CBC, un 34% CEC y 8% corresponden a MC. Dentro de este estudio, se analizaron también las variables de: edad, donde el CBC es el de mayor incidencia seguida por el CEC y al final el MC, manteniendo esta tendencia en todos los grupos etarios estudiados. Otra variable estudiada fue el sexo, encontrándose en el sexo femenino; 46% de CBC, 42% de CCE y 58% de MC; en cuanto al sexo masculino, 54% CBC, 58% CEC y 42% de MC; que no hubo una diferencia significativa entre la estirpe del carcinoma y el sexo. Otro factor analizado fue la localización de la lesión; donde se evidencia, que la mayoría de las lesiones se encuentran localizadas en cabeza y cuello (3).

En el Ecuador en un estudio realizado en la ciudad de Quito; publicado en el año 2009; donde se estudiaron 3791 casos, con diagnóstico de cáncer reportan 757(19%) casos de cáncer de piel, constituyendo el cáncer que afecta a ambos sexos con mayor incidencia 14.8 por cada 100.000 habitantes. El cáncer de piel, junto con el de próstata



y el de mama, constituyen los tres tipos de cáncer más comunes dentro de los ecuatorianos, variando la incidencia entre sexo y edad; es también la elevación de la tasa de incidencia del 57%, que ha presentado en la última década (4).

b. Justificación:

El presente proyecto investiga en nuestro medio, la frecuencia, con la que se presenta el cáncer de piel y sus tipos; la **importancia**, radica en la alta incidencia y prevalencia de esta patología en nuestro medio, siendo de gran interés conocer y determinar los tipos y formas de presentación en nuestras comunidades.

La **utilidad** de este estudio, determinar la prevalencia del cáncer de piel y sus tipos en el austro, ya que esta patología a nivel nacional y mundial a tenido gran despunte en los casos reportados.

Este trabajo servirá como una primera búsqueda de casos de esta patología con el fin de elaborar una base sólida para futuras investigaciones.

Al publicar los resultados obtenidos luego del proceso de investigación los mismos servirán para crear programas y proyectos de prevención y promoción de este problema que aqueja a nuestra población

Los **beneficiarios** de este estudio serían indudablemente, los Usuarios de los servicios de salud además será un elemento para mejorar las evidencias clínicas y epidemiológicas del austro ecuatoriano y así mejorar los criterios de diagnóstico de todo el personal.



II. MARCO TEÓRICO

a. Carcinoma Basocelular

a.1. CONCEPTO: El Comité de tipificación histológica de los tumores de piel de la Organización Mundial de la Salud, define al CBC como un tumor de invasión local y crecimiento lento, que rara vez produce metástasis; cuyo origen son las células epidérmicas de los folículos pilosos o las células basales de la epidermis.(32)

a.2. EPIDEMIOLOGIA: A pesar de tratarse de un tumor de baja malignidad, tiene una alta incidencia, que desde el punto de vista de morbilidad; lo hace un problema importante de salud, generando grandes costos en tratamiento (7).

Se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino, con una proporción de 2:1, presumiblemente relacionado a una mayor exposición solar por motivos ocupacionales (6, 15, 18,19.)

Los CBC se localizan generalmente en áreas expuestas a la luz solar; su ubicación en la cara y el cuello representan el 80% de todas las lesiones, seguido de áreas como los hombros, pecho y espalda con el 15% y el resto, se distribuyen en otras áreas del cuerpo. Discriminando la región de cabeza y cuello, las áreas más frecuentemente afectadas son la región nasal, frontal, periorbitaria y la auricular (20-22.)

El CBC es un tumor cutáneo que afecta comúnmente a personas, con una edad media entre la sexta y séptima década de la vida (7,17).

a.3. ETIOPATOGENIA: En los CBC, se ha determinado que la etiología es multifactorial, donde tanto factores constitucionales como ambientales, pueden jugar un papel fundamental en su desarrollo (7).



Células pluripotenciales. La ubicación del CBC es casi exclusiva de la piel provista de folículos pilosos, por lo que se ha sugerido su origen en la unidad pilosebácea(14).

Sin embargo, lo que se ha propuesto es que el CBC se desarrolla a partir de las células pluripotenciales, tanto de la zona basal de la epidermis como de la vaina radicular externa del pelo, a nivel del istmo y la protuberancia (19).

Fototipo de piel. A menor fototipo I - II de piel (26), existe mayor riesgo de padecer de CBC (16). En la actualidad se estima, que 3 de cada 10 personas de raza blanca, tienen la posibilidad de desarrollar un CBC (19); siendo mayor aún el riesgo, en aquellas personas que tienen poca o ninguna capacidad de broncearse y con antecedentes de quemaduras solares antes de los 20 años (13, 23,25). En los pacientes albinos, los CBC son de tipos histológicos más agresivos (27).

Inmunosupresión. En pacientes inmunosuprimidos por trasplantes de órganos, medicamentos o causas virales, el CBC es el segundo tumor maligno cutáneo más frecuente, precedido por el CEC (24). Algunas drogas inmunosupresoras, utilizadas en el tratamiento post-trasplante, han sido vinculadas a determinados cánceres cutáneos. En los pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la frecuencia de CBC es 11,4 veces mayor que la población normal.

Factores ocupacionales. El arsénico tiene un conocido efecto carcinogénico en la piel, sobre todo en aquellas regiones con aguas contaminadas. Su relación es dosis dependiente a la cantidad de agua contaminada que se ingiera (24).

a.4. CUADRO CLINICO: Las características típicas del CBC, se definen en el CBC nodular también llamado nódulo-ulcerativo; este tumor representa el 50-54% de los CBC y se caracteriza, por ser una pápula o placa, de bordes céreos o perlados, con telangiectasias en su superficie; su centro puede estar levemente deprimido. Son tumores asintomáticos, sin embargo a medida que crece la lesión se puede ulcerar, cubriéndose de una costra serohemática de sangramiento fácil y su borde puede adquirir un aspecto enrollado (5,8). Existen variaciones clínicas, según su forma, la lesión elemental y el color de la lesión.



a.5. CLASIFICACION: Sistema de clasificación TNM del CBC: La clasificación tumoral basada en el tumor primario, la extensión o no a los ganglios regionales y la presencia o no de metástasis a distancia.

a.6. HISTOLOGIA:

Organización tumoral: El CBC se compone por islotes o cordones bien circunscritos, de células basaloides; en los cuales las células de la periferia se disponen en empalizada y en el centro de los islotes se distribuyen en forma aleatoria (5). Presentan un núcleo hipercromático, ovoide o redondeado, con nucléolos evidentes y citoplasma escaso. Pueden observarse puentes intercelulares, así como gran número de mitosis y abundantes células apoptóticas (12).

a.7. METODOS DIAGNOSTICO: Los criterios diagnósticos de CBC, se basan en lo siguiente:

1. Características clínicas del tumor y evolución de la lesión (8).
2. Características dermatoscópicas: criterios negativos de lesión melanocítica y un criterio positivo de CBC (30,31).
3. Histopatología: es la regla de oro del diagnóstico de CBC (5,9).

a.8. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

- Queratosis seborreica.
- Enfermedad de Bowen.
- Queratosis actínica.
- Angiofibroma de la nariz.
- Tumores benignos de las glándulas sudoríparas, écrinas y apócrinas.
- Melanoacantoma.
- Melanoma maligno (Ca. Basocelular pigmentado).

a.9. MALIGNIDAD: METASTASIS: A pesar de ser un tumor poco agresivo con baja recidiva y poca capacidad de metástasis, existen reportes de algunos casos (10,11). La



mayoría de las recidivas aparecen en los primeros 3 años de realizado el tratamiento, pero se pueden presentar hasta 10 años después de la extirpación (10).

Las metástasis de los CBC tienen una incidencia que varía según las series desde 0,01% hasta 1,9% (5,12). El intervalo de tiempo entre la aparición del tumor primario y la aparición de la metástasis es de 9 a 11 años (10, 28,29).

La sobrevida de los pacientes con metástasis de CBC, a los 5 años es del 10% aproximadamente (51); y posterior a una metástasis en pulmón, hueso o hígado es alrededor de 8 a 15 meses (5, 10, 28,29).

b. Carcinoma Escamocelular

b.1. CONCEPTO

El carcinoma escamocelular cutáneo (CEC) es un tumor maligno que surge de las células queratinizantes de la epidermis o de sus anexos. Un porcentaje importante de los CEC invasivos tienen un comportamiento biológico agresivo, con potencial destructivo local y metastásico a otros órganos. (6, 12,17)

El carcinoma escamocelular (CEC) ocupa el segundo puesto en frecuencia entre los cánceres de la de piel etiológico principal es la radiación ultravioleta que induce el daño del DNA de los queratinocitos, especialmente en las personas blancas. (17)

Clasificación más adecuada es la que se basa en el patrón de crecimiento, porque éste refleja el comportamiento biológico y está en estrecha relación con el pronóstico.

b.2. CUADRO CLINICO

La mayoría de los carcinomas escamocelulares (CEC) se originan de piel fotoexpuesta y actínico estropeada; sin embargo existen CEC originados de áreas cicatriciales crónicas, áreas de radiación previa o pueden aparecer de nuevo en cualquier parte del cuerpo. (22, 26,30)



La enfermedad de Bowen es un CEC in situ que se presenta como una placa redondeada, eritematosa, bien definida, descamativa, generalmente asintomática, de crecimiento lento, que puede simular; tiña, psoriasis, eccema numular o carcinoma basocelular superficial. Cuando el CEC in situ se localiza en el pene se le llama eritroplasia de Queyrat. (33)

a.3. CLASIFICACION

TIPO CLÍNICO	DEFINICIÓN
Queratoacantoma	Nódulo de queratina, en el centro; que en forma característica, crece de manera muy rápida y posteriormente involuciona.
Enfermedad de Bowen	Placa eritematoescamosa que simula; tiñas, eczemas numulares, psoriasis, e incluso CBC superficiales y linfomas cutáneos. Cuando tiene pigmentos se puede confundir con queratosis seborreicas pigmentadas y con melanomas de extensión superficial. Se la denomina eritroplaquia de Queyrat, cuando se localiza en el epitelio de transición del pene.
CEC de piel expuesta	Tumor o placa ulcerada, exofítica, en ocasiones de apariencia verrugosa hiperqueratócica. Estas úlceras no cicatrizan y se sobreinfectan.
CEC de piel cubierta	Son llamados CEC de novo. Tiene características similares a las del caso anterior, pero un comportamiento biológico más agresivo.
CEC sobre cicatriz	Tumor o ulcera que surge de cicatrices, quemaduras, úlceras crónicas, áreas de radioterapia y sobre dermatosis cicatriciales e inflamatorias.
CEC verrugoso	Tumor de aspecto verrugoso, que se localiza en distintos sitios. Tiene un comportamiento local agresivo, pero excepcionalmente de metástasis. El CEC periungueal y subungueal inicialmente tiene apariencia de verruga vulgar, resistente a los tratamientos convencionales.



Tomado de: Motley R, Kersey P, Lawrence C; British Association of Dermatologists; British Association of Plastic Surgeons; Royal College of Radiologists, Faculty of Clinical Oncology. Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. Br J Dermatol. 2012; 146:18-25.

En el carcinoma espinocelular (CE), se sigue un patrón clásico que establece 3 estadios evolutivos no necesariamente bien diferenciados entre sí:

a.3.1. Queratosis o queratomas. Corresponderían a lesiones con una alta posibilidad de degenerar, aunque no inevitablemente, hacia la malignidad por lo que eran consideradas como un precáncer. (22,17) Aunque etiológicamente pueden responder a diversas causas, los más habituales son los queratomas actínicos (QA). (22)

a.3.2. Carcinomas in situ. Entre ellos se clasificaban la enfermedad de Bowen y la eritroplasia de Queyrat, ambas patologías se consideraban como carcinomas verdaderos, pero dada su circunscripción a la epidermis carecían de capacidad para producir metástasis, aunque potencialmente podían evolucionar hacia tumores invasores por el simple hecho de romper la membrana basal e infiltrar la dermis.

b.3.3. Carcinomas invasores o en período de estado que gozaban de todas las prerrogativas de tumor maligno (capacidad de infiltrar y producir metástasis) y que pueden aparecer de nuevo o hacerlo como evolución de una de las lesiones anteriores. (21, 23,28)

b.4. HISTOLOGIA

Subtipos de CEC: Los CEC adenoides o acantolíticos y los carcinomas similares a los linfoepiteliomas nasofaríngeos (lymphoepithelioma like) se consideran de riesgo intermedio para desarrollar enfermedad metastásica; mientras que los CEC adenoescamosos o productores de mucina, los CEC desmoplásicos y los CEC originados de tumores pilares proliferantes son de alto potencial maligno y por tanto tienen mayor riesgo de metástasis. Se ha descrito que los CEC desmoplásicos presentan un riesgo seis veces mayor de metástasis respecto a otros CEC. (12, 17,19)



El grado de diferenciación se puede clasificar según Broders en la proporción de células indiferenciadas:

Grado I <25%

Grado II <50%

Grado III <75%

Grado IV >75%

b.5. METODOS DIAGNOSTICOS

Una historia clínica y examen físico completos son indispensables para realizar un buen diagnóstico. Se debe enfatizar en el interrogatorio sobre algunos factores de riesgo como; exposición ocupacional al sol u otros cancerígenos, posibles causas de inmunosupresión e historia previa de cáncer de piel. Para hacer el diagnóstico definitivo de CEC se debe llevar a cabo una biopsia de piel confirmatoria. (17, 22,29) Para que el patólogo pueda darnos una información completa, la biopsia debe ser amplia, profunda y del sitio más grueso de la lesión, evitando manipular o maltratar la muestra con pinzas. Si una lesión es pobremente definida se debe tomar más de una muestra. Al enviar la muestra a patología, siempre debe acompañarse con los datos de identificación del paciente, resumen de la historia clínica, descripción y localización de la lesión, idealmente acompañado de un esquema, dibujo o fotografía. (34)

b.6. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

- Queratosis actínicas
- Queratoacantoma
- Verruga vulgar
- Carcinoma basocelular
- Queratosis seborreica
- Disqueratoma verrugoso
- Melanoma maligno amelanótico
- Tumores de Merkel
- Tumores de folículos de las glándulas sebáceas, sudoríparas écrinas o apócrinas y de los folículos pilosos terminales.



b.7. MALIGNIDAD (MORTALIDAD Y CAPACIDAD DE METASTASIS)

A menudo se inician en la epidermis como un carcinoma "in situ", después de un tiempo pueden hacerse invasivos localmente, destructivos y metastatizante por vía linfática. (12, 17,27)

El pronóstico depende de la localización, tamaño y grado de diferenciación; es pobre en el carcinoma de lengua, vulva y pene. Si son de tamaño de 2-3 cm pueden ser curados el 90%. Cuanto mayor sea el grado de diferenciación menor tendencia a metastatizar.

c. Melanoma

c.1 CONCEPTO: Es el tumor maligno de la piel de mayor gravedad por la capacidad de metástasis por vía linfática o sanguínea. Es el tipo de cáncer cutáneo más peligroso y es la causa principal de muerte por enfermedades de la piel.

c.2 CUADRO CLINICO: El melanoma es causado por cambios en las células llamadas melanocitos, las cuales producen un pigmento en la piel denominado melanina. La melanina es responsable del color de la piel y del cabello. El melanoma puede aparecer en la piel normal, o puede originarse como un lunar o alguna otra área que haya cambiado de aspecto. Algunos lunares presentes al momento de nacer pueden convertirse en melanoma. (17)

c.3 CLASIFICACIÓN: Existen cuatro tipos principales de melanoma:

Melanoma de extensión superficial: es el tipo más común. Generalmente es plano e irregular en forma y color, con sombras variables de negro y marrón; es más común en personas de raza blanca.

Melanoma nodular: generalmente empieza como un área elevada de color azul-negrusco oscuro o rojo-azulado, aunque algunos no tienen ningún color. (22,27)



Melanoma lentigo maligno: generalmente aparece en las personas de edad avanzada. Ocurre más comúnmente en la piel dañada por el sol en la cara, el cuello y los brazos. Las áreas de piel anormal generalmente son grandes, planas y de color marrón con áreas de color café.

Melanoma lentiginoso acral: es la forma menos común de melanoma. Generalmente ocurre en las palmas de las manos, las plantas de los pies o por debajo de las uñas y es más común en las personas de raza negra. (22,27)

c.4. HISTOLOGÍA: Histológicamente, el melanoma maligno se caracteriza por asimetría, diámetro mayor que 6 mm, mala delimitación y variación en carga de melanina en diversos focos. Hay melanocitos atípicos en nidos y aislados y en todas las capas de la epidermis, los que son pleomórficos con melanina distribuida heterogéneamente, mitosis y necrosis frecuentes. Los tipos histológicos principales de melanoma maligno son: de extensión superficial (65%), nodular (10%), lentigo maligno (10%) y lentiginoso acral (5%). Además, existen variantes poco frecuentes (5%)

c.5. METODOS DIAGNOSTICOS: Un lunar, una llaga o úlcera o un tumor sobre la piel pueden ser un signo de melanoma o de otro tipo de cáncer de piel. Una úlcera o tumor que sangran o cambios en la coloración de la piel también pueden ser un signo de cáncer de piel. (30,31)

El sistema **ABCDE** puede ayudarle a recordar los posibles síntomas de un melanoma:

- **Asimetría:** una mitad del área anormal es diferente de la otra mitad.
- **Bordes:** la lesión o el tumor tiene bordes irregulares.
- **Color:** el color cambia de un área a otra, con tonos bronce, café o negro y algunas veces blanco, rojo o azul. Una mezcla de colores puede aparecer dentro de una úlcera.
- **Diámetro:** la mancha tiene generalmente (pero no siempre) más de 6 mm de diámetro, aproximadamente el tamaño del borrador de un lápiz.
- **Evolución:** el lunar sigue cambiando de aspecto.



c.6. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES:

- Queratosis actínicas
- Queratoacantoma
- Verruga vulgar
- Carcinoma basocelular
- Queratosis seborreica
- Disqueratoma verrugoso
- Melanoma maligno amelanótico
- Tumores de Merkel
- Tumores de folículos de las glándulas sebáceas, sudoríparas écrinas o apócrinas y de los folículos pilosos terminales.

C.7 MALIGNIDAD: Rara vez, los melanomas se desarrollan en la boca, en el iris del ojo o en la retina en la parte posterior del ojo. Se pueden descubrir durante exámenes dentales u oculares. Aunque es muy raro, el melanoma también puede desarrollarse en la vagina, el esófago, el ano, las vías urinarias y en el intestino delgado. (17,22)

El melanoma no es tan común como otros tipos de cáncer; sin embargo la tasa de melanoma está aumentando cada vez más.

El riesgo de padecer melanoma aumenta con la edad, sin embargo, también se ve frecuentemente en personas jóvenes. El pronóstico del paciente depende de muchos factores, entre los que se incluyen la prontitud del diagnóstico y qué tanto se ha diseminado.

Si se detectan a tiempo, algunos melanomas se pueden curar.



El melanoma muy profundo o que se ha diseminado a los ganglios linfáticos tiene una mayor probabilidad de reaparecer después del tratamiento. Si el melanoma tiene una profundidad de más de 4 mm o se ha diseminado a los ganglios linfáticos, usted tiene un alto riesgo de diseminación de dicho cáncer a otros tejidos y órganos. (23,25)

El melanoma usualmente no se puede curar cuando el cáncer se ha diseminado más allá de la piel y de los ganglios linfáticos cercanos.



d. Hipótesis

- I. La frecuencia de cáncer dermatológico, en las muestras analizadas; es más del 25%.
- II. El cáncer baso-celular es el de mayor frecuencia dentro de las muestras analizadas.
- III. La localización de las lesiones es más común dentro de las áreas más expuestas de la piel, cara y extremidades.



IV. OBJETIVOS

a. Objetivo general:

Determinar la frecuencia de cáncer dermatológico diagnosticado en biopsias de piel, por el laboratorio de anatomía patológica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo Junio 2011 – Junio 3013

b. Objetivos específicos:

- Reconocer que tipo de cáncer de piel más frecuente en el hospital Vicente Corral Moscoso.
- Diferenciar que sexo y grupo etario es el más afectado.
- Determinar, la localización primordial del cáncer dermatológico



V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

a. Tipo y diseño general de la investigación:

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal que se realizó sobre las biopsias de piel procesadas en el laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Consiste en establecer la frecuencia de cáncer de piel, diferenciar sus tipos y relación con la edad, sexo y la localización de la lesión.

b. Definiciones Operacionales:

b.1. Área de Estudio: se realizó el estudio, sobre los diagnósticos realizados por el laboratorio de Anatomía Patológica del HVCM.

b.2. Universo: este estuvo constituido por todas las muestras de piel enviadas al laboratorio, para la realización de biopsia.

b.3. Muestra: el número total de casos fue de 401, correspondientes a la totalidad del universo.

b.4. Criterios de Inclusión: todas las muestras de piel enviadas al laboratorio para realizar biopsia.

b.5. Criterios de Exclusión: muestras que no hayan sido procesadas por problemas pre analíticos.

c. Métodos, Técnicas e Instrumentos:

c.1. Método: el método a usarse en nuestra investigación es la observacional descriptivo.



c.2. Técnicas:

c.2.1. Observación: directa de los informes de las biopsias realizadas a las muestras de piel.

c.3. Instrumentos: pruebas de Anatomía Patológica.

d. Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectados los datos se procederá a la codificación de los datos.

En el análisis de datos se obtuvieron medidas de tendencia central como media. Se presentara la información en forma de distribuciones de acuerdo a frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas, los resultados serán presentados en tablas. Se utilizarán los programas Excel y SPSS v.15.0.

e. Aspectos Éticos

La recolección de datos, se llevó a cabo dentro de las instalaciones del HVCM, con la autorización y bajo la supervisión del jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica. Los datos obtenidos, fueron procesados con un código generado por los autores, y es exclusivo para el trabajo que se realizó. Toda la información recolectada en la presente investigación fue utilizada con fines estrictamente académicos y se guardó absoluta confidencialidad.

Los resultados de la investigación fueron entregados a los Directivos del Colegio de Médicos y a la Facultad de Ciencias Médicas con el análisis correspondiente.



VI. RESULTADOS.

a- GENERALIDADES

Cuadro Nº. 1.

Distribución de 401 pacientes con resultado anatómico-patológico de lesiones de piel, según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	147	36.7
FEMENINO	254	63.3
TOTAL	401	100.0

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo al cuadro anterior podemos observar que del total de muestras obtenidas, el sexo femenino es el más afectado en una relación dos a uno en frente del masculino, que coinciden con el total de los estudios revisados para la elaboración de este proyecto; debido a la mayor sensibilidad de la piel femenina frente a los rayos ultravioletas(17,25).



Cuadro Nº. 2.

Distribución de 401 pacientes con resultado anatomo-patológico de lesiones de piel, según grupos de edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-4	8	5.4	6	2.4	14	3.5
5-14	11	7.5	13	5.1	24	6.0
15-24	18	12.2	37	14.6	55	13.7
25-44	28	19.0	69	27.2	97	24.2
45-64	35	23.8	64	25.2	99	24.7
65-84	41	27.9	49	19.3	90	22.4
85 o >	6	4.1	16	6.3	22	5.5
TOTAL	147	100.0	254	100.0	401	100.0

MEDIA	46.94
--------------	-------

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo al cuadro anterior podemos observar que el grupo de edad en el que se realizaron la mayor toma de muestras fue de entre 45 y 64 años (24.7%) independientemente del sexo de los pacientes; La media de edad fue de 46.94 años. Que corresponde a lo descrito por la bibliografía.



Cuadro Nº. 3.

Distribución de 401 pacientes con resultado anatómo-patológico de lesiones de piel, según localización. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

LOCALIZACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
CARA	165	41.1
TRONCO	83	20.7
MIEMBROS INFERIORES	67	16.7
MIEMBROS SUPERIORES	45	11.2
CABEZA	41	10.2
TOTAL	401	100.0

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De la totalidad de las muestras obtenidas el mayor número de muestras corresponde a lesiones de cara, por ser la zona del cuerpo más expuesta al los rayos solares.

Cuadro Nº. 4.

Distribución de 401 pacientes con resultado anatomo-patológico de lesiones de piel, según diagnóstico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

DIAGNOSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE
LESIONES MALIGNAS	118	29.4
LESIONES BENIGNAS	283	70.6
TOTAL	401	100.0

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo a los resultados de anatomía patológica según el cuadro anterior, las lesiones malignas fueron reportadas en la tercera parte de las muestras.

**Cuadro Nº. 5.**

Distribución de 401 pacientes con resultado anatomo-patológico de lesiones de piel, según diagnóstico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

DIAGNOSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE
CARCINOMA BASOCELULAR	59	14.7
CARCINOMA EPIDERMOIDE	22	5.5
FIBROMAS	5	1.2
GRANULOMAS	10	2.5
HEMANGIOMAS	9	2.2
HIPERPLASIAS	6	1.5
INFLAMACIÓN CRÓNICA	8	2.0
LIPOMAS	8	2.0
MELANOMAS	18	4.5
MUESTRA INADECUADA	4	1.0
NEUROFIBROMA	6	1.5
NEVUS	65	16.2
PAIPILOMAS	10	2.5
PILOMAXITROMA	9	2.2
PROCESOS NECROTIZANTES	4	1.0
QUERATOSIS SEBORREICA	16	4.0
SCHWANNOMA BENIGNO	4	1.0
TEJIDO FIBROSO	8	2.0
VERRUGA VULGAR	4	1.0
OTROS	126	31.4
TOTAL	401	100.0

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.**

Elaboración: Los autores.

De acuerdo al cuadro anterior podemos observar dentro de los 10 principales diagnósticos solamente 3 corresponden a diagnósticos cáncer en la piel, y se puede observar que la lesión más común es el cáncer basocelular, estando en relación a los estudios revisados.

**b. LESIONES MALIGNAS****Cuadro Nº. 6.**

Distribución de 118 pacientes con diagnóstico de lesiones malignas de piel, según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	45	38.1
FEMENINO	73	61.9
TOTAL	118	100.0

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.**

Elaboración: Los autores.

De la totalidad de las muestras con diagnóstico de malignidad el la mayor parte fueron reportadas en el sexo femenino, manteniendo la relación con los estudios realizados.

Cuadro Nº. 7.

Distribución de 118 pacientes con diagnóstico de lesiones malignas de piel, según grupos de edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-4	1	2.2	0	0.0	1	0.8
15-24	2	4.4	4	5.5	6	5.1
25-44	5	11.1	7	9.6	12	10.2
45-64	16	35.6	21	28.8	37	31.4
65-84	18	40.0	28	38.4	46	39.0
85 o >	3	6.7	13	17.8	16	13.6
TOTAL	45	100.0	73	100.0	118	100.0

MEDIA	63.42
--------------	-------

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.**

Elaboración: Los autores.



De acuerdo al cuadro número 6, podemos apreciar que de los diagnósticos de lesión maligna, el grupo etario más afectado fue el que se encontró entre las edades de 65 y 84 años (39%), en ambos sexos. Debido a que la aparición de estos tipos de cáncer es mayor dependiendo del tiempo de exposición al sol.

Cuadro Nº. 8.

Distribución de 118 pacientes con diagnóstico de lesiones malignas de piel, según localización. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

LOCALIZACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
CARA	70	59.3
MIEMBROS INFERIORES	24	20.3
TRONCO	15	12.7
CABEZA	5	4.2
MIEMBROS SUPERIORES	4	3.4
TOTAL	118	100.0

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.**

Elaboración: Los autores.

De acuerdo al cuadro precedente encontramos que el sitio de localización más frecuente para lesiones depende de su exposición al sol, por esto la cara es la más afectada.

Cuadro Nº. 9.

Distribución de 118 pacientes con diagnóstico de lesiones malignas, según diagnóstico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE
CARCINOMA BASOCELULAR	59	50.0
CARCINOMA ESCAMOCELULAR	22	18.6
MELANOMAS	18	15.3
OTROS	19	16.1
TOTAL	118	100.0

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.**

Elaboración: Los autores.



Según el cuadro anterior, podemos observar que los diagnósticos de malignidad más frecuentes fueron el carcinoma basocelular en la mitad de los casos; manteniendo relación con los estudios revisados.

Cuadro N°. 10.

Distribución de 99 pacientes con diagnóstico de CBC, CEC y melanoma, según diagnóstico y sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

TIPO DE CÁNCER	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
	Nº	Nº	Nº
CARCINOMA BASOCELULAR	20	39	59
CARCINOMA ESCAMOCELULAR	8	14	22
MELANOMA	8	10	18
TOTAL	36	63	99

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.**

Elaboración: Los autores.

De acuerdo al cuadro anterior, encontramos que en el tipo de cáncer más frecuente que es el carcinoma basocelular en el sexo femenino se presenta en relación 3 a 1 en frente del masculino, seguidos por el carcinoma escamocelular manteniendo la misma relación y al último el melanoma con un una relación de 1 a 1 entre sexos.

**Cuadro Nº. 11.**

Distribución de 19 pacientes con lesiones neoplásicas o malignas de piel, según otros diagnósticos anatómo-patológicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO
ADENOCARCINOMA ULCERADO	1
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE METASTÁSICO	1
CARCINOMA DUCTAL MAMARIO	1
CARCINOMA VERRUCOSO	2
CARCINOMA VERRUCOSO QUERATÓBLASTICO	1
CONDROSARCOMA BIEN DIFERENCIADO	1
FIBROSARCOMA CONGÉNITO	1
LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO	1
NEOPLASIA ESTROMAL MESENQUIMAL MALIGNA DE ORIGEN VASCULAR	1
NEVUS AZUL	3
PIEL CON METÁSTASIS DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE MAMARIO	1
SARCOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS Y REDONDAS MUY DIFERENCIADAS	1
SARCOMA DE KAPOSI	1
SARCOMA DE PARTES BLANDAS TIPO RABDOMIOSARCOMA	1
SCHWANNOMA DE MUY BAJO GRADO DE MALIGNIDAD	1
TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS GRANDES	1
TOTAL	19

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.**

Elaboración: Los autores.

Podemos apreciar que de los 18 otros diagnósticos de neoplasias o malignidad, los más importantes son el nevo azul y el carcinoma verrucoso. Que es un hallazgo de este estudio, pues de los revisados la lesión maligna de piel más común luego del cáncer son lesiones metastásicas.(14)

**c. CARCINOMA BASOCELULAR****Cuadro Nº. 12.**

Distribución de 59 pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

SEXO	NÚMERO
MASCULINO	20
FEMENINO	39
TOTAL	59

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo al cuadro anterior podemos observar que de los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, el sexo femenino sigue siendo el más afectado en relación 3 a 1.

Cuadro Nº. 13.

Distribución de 59 pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, según grupo de edad y sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
15-24	1	5.0	1	2.6	2	3.4
25-44	1	5.0	3	7.7	4	6.8
45-64	7	35.0	8	20.5	15	25.4
65-84	11	55.0	19	48.7	30	50.8
85 o >	0	0.0	8	20.5	8	13.6
TOTAL	20	100.0	39	100.0	59	100.0

MEDIA	68.10
--------------	-------

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**



Según se observa en el cuadro anterior podemos resaltar que el grupo etario más afectado es el situado entre 65 y 84 años; tanto en los pacientes del sexo masculino (55%) como del femenino (48.7%).

Cuadro Nº. 14.

Distribución de 59 pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, según localización. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

LOCALIZACIÓN	NÚMERO
CARA	53
CABEZA	2
MIEMBROS SUPERIORES	2
TRONCO	1
MIEMBROS INFERIORES	1
TOTAL	59

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo a la localización del carcinoma basocelular en los pacientes diagnosticados, podemos señalar que 9 de 10 se encuentran en la cara.

d. CARCINOMA ESCAMOCELULAR

Cuadro Nº. 15.

Distribución de 22 pacientes con diagnóstico de carcinoma escamocelular, según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

SEXO	NÚMERO
MASCULINO	8
FEMENINO	14
TOTAL	22

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**



De los pacientes cuyas muestras fueron diagnosticadas como carcinoma escamocelular, el sexo femenino es el más afectado en relación 2 a 1.

Cuadro Nº. 16.

Distribución de 22 pacientes con diagnóstico de carcinoma escamocelular, según grupo de edad y sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-24	0	0.0	1	7.1	1	4.5
25-44	1	12.5	0	0.0	1	4.5
45-64	3	37.5	5	35.7	8	36.4
65-84	4	50.0	5	35.7	9	40.9
85 o >	0	0.0	3	21.4	3	13.6
TOTAL	8	100.0	14	100.0	22	100.0

MEDIA	63.68
--------------	-------

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

Según indica el cuadro anterior, el grupo etario más afectado por el carcinoma escamocelular es el comprendido entre 65 y 84 años; para ambos sexos, con la particularidad de que en el sexo femenino, se en presenta en igual porcentaje (35,7%) en el grupo etario 45 a 64 años.



Cuadro Nº. 17.

Distribución de 22 pacientes con diagnóstico de carcinoma escamocelular, según localización. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

LOCALIZACIÓN	NÚMERO
CARA	11
MIEMBROS INFERIORES	5
TRONCO	3
MIEMBROS SUPERIORES	2
CABEZA	1
TOTAL	22

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo a la información presentada en el cuadro anterior podemos establecer que la región corporal más afectada por el carcinoma escamocelular es la cara en la mitad de las muestras.

e. MELANOMA.

Cuadro Nº. 18.

Distribución de 18 pacientes con diagnóstico de melanoma, según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

SEXO	NÚMERO
MASCULINO	8
FEMENINO	10
TOTAL	18

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

Podemos señalar que el sexo más afectado por melanoma es el femenino presentándose en 6 de cada 10 casos.



Cuadro Nº. 19.

Distribución de 18 pacientes con diagnóstico de melanoma, según grupo de edad y sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

GRUPOS DE EDAD	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
	Nº	Nº	Nº
25-44	1	3	4
45-64	3	2	5
65-84	2	3	5
85 o >	2	2	4
TOTAL	8	10	18

MEDIA	65.61
--------------	-------

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo al cuadro anterior, si bien parece ser que los grupos más afectados por melanoma son los ubicados entre 45 y 64 años y entre 65 y 84 años, sin embargo observamos que las frecuencias tienden a ser similares en todos los grupos.

Cuadro Nº. 20.

Distribución de 18 pacientes con diagnóstico de melanoma, según localización. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

LOCALIZACIÓN	NÚMERO
MIEMBROS INFERIORES	10
TRONCO	4
CARA	4
TOTAL	18

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo al cuadro anterior podemos señalar que la localización más frecuente de melanomas es en los miembros inferiores, 6 de cada 10.



f. OTRAS LESIONES MALIGNAS DE PIEL

Cuadro Nº. 21.

Distribución de 19 pacientes con diagnóstico anatómo-patológico de otras lesiones malignas de piel, según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

SEXO	NÚMERO
MASCULINO	9
FEMENINO	10
TOTAL	19

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

El sexo más afectado por otras lesiones malignas de piel es el femenino.



Cuadro Nº. 22.

Distribución de 19 pacientes con diagnóstico anatomo-patológico de otras lesiones malignas de piel, según grupos de edad y sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

GRUPOS DE EDAD	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
	Nº	Nº	Nº
0-4	1	0	1
5-14	1	0	1
15-24	1	2	3
25-44	2	1	3
45-64	3	6	9
65-84	1	1	2
85 o >	1	0	1
TOTAL	9	10	19

MEDIA	46.55
--------------	-------

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores.**

De acuerdo a la información obtenida podemos señalar que el grupo etario más afectado por otras lesiones malignas de piel esta entre 45 y 64 años; para el sexo masculino y femenino.



Cuadro Nº. 23.

Distribución de 19 pacientes con diagnóstico anatomo-patológico de otras lesiones malignas de piel, según localización. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Junio 2011- Junio 2013.

LOCALIZACIÓN	NÚMERO
MIEMBROS INFERIORES	8
TRONCO	7
CARA	2
MIEMBROS SUPERIORES	1
CABEZA	1
TOTAL	19

*** Fuente: Formulario de recolección de datos.**

Elaboración: Los autores.

De acuerdo al cuadro anterior, se puede observar que las localizaciones más frecuentes de otras lesiones malignas de piel son los miembros inferiores, lo que refuerza la teoría de que las zonas más expuestas a los rayos ultravioletas, son factores para la aparición de cáncer de piel.



VII. DISCUSIÓN.

Los tipos más frecuentes de cáncer de piel de acuerdo a la información obtenida en el presente estudio son el carcinoma basocelular con el 50% de los diagnósticos de lesiones malignas obtenidas, seguidos por el carcinoma escamocelular con el 18.6% y el melanoma con el 15.3% los mismos, la información coincide con la bibliografía consultada ya que se establece que el tipo más común son los antes mencionados (2,3).

Por la distribución según sexo encontramos que, las mujeres son las más afectadas con un 61.9% de los casos y los hombres con un 38.1%, lo cual se encuentra invertido en relación a la bibliografía consultada donde se indica que la incidencia es mayor en el sexo masculino con una relación de 2 a 1 (6, 15, 18,19).

En relación a los grupos etarios más afectados encontramos que el grupo de edad más afectado por lesiones malignas fue el comprendido entre 65 y 84 años de edad con un 39%; y de éstos en relación al sexo de igual manera el mismo grupo (entre 65 y 84 años) fue el más afectado en ambos, con un 38.4% para el sexo femenino y un 40% para el sexo masculino; encontramos semejanzas a lo consultado ya que se indica que las edades más afectadas están entre el sexto y séptimo decenios de la vida (7, 17).

En el análisis según tipo de cáncer y sexo se encontró en el sexo femenino un 66.1% de CBC, 63.64% de CEC y 55.5% de MC; en cuanto para el sexo masculino se encontró un 33.9% de CBC, un 36.36% y un 44.44% de MC; las diferencias en ambos grupos no fueron compradas debido al tipo de estudio, se observan diferencias en relación a la bibliografía consultada en la cual se encontró en el sexo femenino; 46% de CBC, 42% de CEC y 58% de MC; en cuanto al sexo masculino, 54% CBC, 58%



CEC y 42% de MC (3); por lo que de acuerdo a la presente investigación se observa una mayor existencia de carcinoma basocelular y escamocelular en el sexo femenino.

Por la localización de las lesiones malignas encontramos que el carcinoma basocelular se localiza con mayor frecuencia a nivel de la cara con un 89.8%; para el carcinoma escamocelular la localización más frecuente es la cara con un 50% y, para el melanoma son los miembros inferiores con un 55.6%; lo cuál concuerda con los estudios consultados en los que se indica que los CBC se localizan generalmente en las regiones de cara y cuello expuestas a la luz solar y que representan el 80% de todas las lesiones aproximadamente, la mayoría de los CEC se originan de piel fotoexpuesta y actínico estropeada (20-22.), no se encontraron datos sobre la localización más frecuente para el melanoma.



VIII. CONCLUSIONES.

- La frecuencia de lesiones malignas de piel en las muestras estudiadas por anatomía patológica fue del 29.4%
- El carcinoma basocelular representó el 14.7% de todas las muestras obtenidas y el 50% de todas las muestras con diagnóstico de malignidad.
- Los tipos de cáncer de piel más frecuentes de acuerdo a las muestras de anatomía patológica del Hospital Vicente Corral Moscoso obtenidas en el período junio 2011 – junio 2013 fueron el carcinoma basocelular con un 50%, el carcinoma escamocelular con el 22.22% y el melanoma con un 18.18%.
- El sexo femenino fue el más afectado por lesiones malignas de piel con un 61.9%.
- El grupo etario más afectados fue el comprendido entre 65 y 84 años de edad con un 39%, y de éstos en relación al sexo de igual manera el mismo grupo (entre 65 y 84 años) fue el más afectado en ambos grupos con un 38.4% para el sexo femenino y un 40% para el sexo masculino.
- El carcinoma basocelular se localiza con mayor frecuencia a nivel de la cara con un 89.8%; para el carcinoma escamocelular la localización más frecuente nuevamente es la cara con un 50% y, para el melanoma la localización más frecuente son los miembros inferiores con un 55.6%.



IX. RECOMENDACIONES.

- Realizar nuevos estudios enfocados a prevalencia e incidencia de los distintos tipos de cáncer de piel a nivel de la ciudad o de la región.
- Realizar nuevos estudios que analicen el conocimiento de los pacientes acerca de los factores de riesgo.
- Difundir la información obtenida con el propósito de aumentar la captación de pacientes con lesiones a nivel de piel y establecer de mejor manera un diagnóstico adecuado y temprano.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Addison W. Healing gods of ancient civilizations (1925). Whitefish: Kessinger Publishing Co; 2003.
2. Cantwell, M.M.; Murray, L.J.; Catney, D.; Donnelly, D.; Autier, P.; Boniol, M.; Fox, C.; Middleton, R.J.; Dolan, O.M.; Gavin, A.T.: Second primary cancers in patients with skin cancer: a populationbased study in Northern Ireland Br J Cancer 2009; 100: 174–177
3. Georgina P. Grossi, Melina Jacquier, Cristian M. Quattrocchi, María Susana Dagatti, Adriana I. Bergero, Adriana E. Sánchez, Graciela I. M. Cesarios, Ramón A. Fernández Bussy.: Estudio epidemiológico y de concordancia clínico-patológica del cáncer de piel en el Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina; 2012 Disponible en:
<http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/179%20Estudio%20epidemiol%C3%B3gico.pdf>
4. Sociedad de lucha contra el Cáncer / Registro Nacional de Tumores. Cueva A. P; Yépez M. J y col. 2009. Epidemiología del Cáncer en Quito 2003-2005. Quito 14 ed.
5. Kirhkam N. Tumors and Cyst of the Epidermis. En: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Jhonson B, editors. Lever's Histopathology of the Skin. 8º Ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. pp. 685-746.
6. Herrera-Ceballos E, Herrera-Acosta E. Carcinoma basocelular: concepto e historia. Monografías de Dermatología 2003; 16(2):65-66.
7. Revenga F, Paricio J, Vázquez M, Villar V. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a hospital-based survey. JEADV 2004; 18:137-141.
8. Odom R, James W, Berger T. Nevus, neoplasias y quistes epidérmicos. En: Andrew's Dermatología clínica. 9º Ed. Philadelphia: Marban Libros; 2004. pp. 800-868.
9. Weedon D. Tumores de la epidermis. En: Piel Patología. 1º Ed. Madrid: Marban Libros, S.L.; 2002. pp. 635-672.



10. Pazos J. Carcinoma basocelular. *Piel* 1999; 14:454-465.
11. Snow S, Sahl W, Lo J, Mohs F, Warner T, Dekkinga J, Feyzi J. Metastatic Basal Cell Carcinoma. *Cancer* 1994; 73:328-335.
12. Rippey JJ. Why classify basal cell carcinomas? *Histopathology* 1998; 32:393–398.
13. Betti R, Inselvini E, Carducci M, Crosti C. Age and site prevalence of histologic subtypes of Basal Cell Carcinoma. *Int J Dermatol* 1995; 34:174-176.
14. Fernández K, Rodríguez A, Chópita M, López C, Reyes-Jaimes O, Oliver M. Características clínicas e histológicas del carcinoma basocelular. *Dermatol Venez* 2003; 41(2):9-14.
15. Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol* 2006; 155: 401-407.
16. Cabello I. Carcinoma basocelular en adultos jóvenes. *Dermatol Venez* 1996; 34(2):53-55.
17. Bastiaens M, Hoefnagel J, Bruijn J, Westendorp R, Vermeer B, Bouwes J. Differences in age, site distribution, and sex between nodular and superficial basal cell carcinoma indicated different types of tumors. *J Invest Dermatol* 1998; 110:880-884.
18. Tran H, Chen K, Shumack S. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2003; 149(S66):50-52.
19. Consenso sobre Carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular. Guía de recomendaciones 2005. Consenso de la sociedad argentina de dermatología. Recuperado el 10 de agosto de 2008, en:
<http://www.sad.org.ar/revista/pdf/basoespino.pdf>
20. Betti R, Bruscajin C, Inselvini E, Crosti C. Basal cell carcinoma of covered and unusual sites of the body. *Int J Dermatol* 1997; 36:503-505.
21. Rosen N, Muhn Ch, Berstein S. A common tumor, an uncommon location: Basal Cell Carcinoma of the Nipple and Areola in the 49-Year-Old Woman. *Dermatol Surg* 2005; 31:480-483
22. Goldberg L, Leis P, Pham H. Basal cell carcinoma on the neck. *Dermatol Surg* 1996; 22(4):349-353.



23. Wong C, Strange J. Basal Cell Carcinoma. *BMJ* 2003; 327:791-798.
24. Narbutt J, Lesiak A, Erkiert A, Sysa-Jedrzejowska A. Non-Melanoma Skin Cancer Development and Environmental Factors. *Polish Journal of Environmental Studies* 2005; 14(5):545-550.
25. Zak-Prelich M, Narbutt J, Sysa-Jedrzejowska A. Environmental Risk Factors Predisposing to the Development of Basal Cell Carcinoma. *Dermatol Surg* 2004; 30:248-252.
26. Fitzpatrick T. The Validity and Practicality of Sun-Reactive Skin Types I Through VI. *Arch Dermatol* 1988; 124:869-871.
27. Itayemi S, Abioye A, Ogan O. Aggressive Basal Cell Carcinoma in Nigerians. *Br J Dermatol* 1979; 101:465-468.
28. Spates S, Mellette R, Fitzpatrick J. Metastatic Basal Cell Carcinoma *Dermatol Surg* 2003; 29:650-652.
29. Colvett K, Wilson F, Stanton R. Atypical presentation of Metastatic Basal Cell Carcinoma. *South Med J* 2004; 97(3):305-307.
30. Cabo H. Lesiones no melanocíticas. Carcinoma Basocelular. En: *Dermatoscopia*. Buenos Aires: Ed. Journal; 2008. Cap 7, pp. 83-91.
31. Malveyh J, Puig S, Braun R, Marghood A, Kopf A. Lesiones no melanocíticas. Carcinoma Basocelular. En: *Manual de Dermatoscopia*. Barcelona: BCN Art Directe S.L.; 2006. Capitulo 3, pp. 19-20.
32. Jacobs G, Rippey J, Altini M. Prediction of aggressive behavior in Basal Cell Carcinoma. *Cancer* 1982; 49:533-537. Disponible en:
http://svdcd.org.ve/old/content/images/stories/revista/2008_46_1/DV-1-08-Rev-CarBas-w.pdf
33. Motley R, Kersey P, Lawrence C; British Association of Dermatologists; British Association of Plastic Surgeons; Royal College of Radiologists, Faculty of Clinical Oncology. Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2012;146:18-25. Disponible en:
http://www.revistasocolderma.com/numeros/junio08/onco_pdfs/Articulo%20de%20Revision%20-



UNIVERSIDAD DE CUENCA

[%20Guias%20de%20practica%20clinica%20para%20el%20tratamiento%20del%20carcinoma%20escamocelular.pdf](#)

- 34.2.- Rapini R. False – Negative surgical margins. In: Callen JP, Dahl MV, Golitz LE, Greenway HT, Schachner LA. Advances in Dermatology. St Louis, Mosby, 2008;10:137-49



ANEXOS

ANEXO 1

CARACTERISTICAS DEL CANCER DERMATOLOGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Numero formulario.....

Datos de identificación:

Nombre:

Edad..... (Años).

Sexo: Masculino..... Femenino.....

Residencia:.....

Ocupación:.....

Lugar de toma de muestra biopsia en piel: marcar con una X.

Cabeza..... Cara..... Tronco..... Miembros Sup..... Miembros Inf.....

Diagnóstico de Cáncer de piel: marcar con una X.

Positivo:..... Negativo:.....

Tipo de cáncer de piel: marcar con una X: (en caso de ser el diagnostico positivo para cáncer de piel).

Basocelular:.... Escamocelular:..... Melanoma:..... Otros.....

Recolector de datos:.....



ANEXO 2

Cuenca, lunes 25 de junio de 2013

Sr.

Dr. Lauro Vanegas

DIRECTOR DEL LABORATORIO DE PATOLOGIA DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO

Cuenca.

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo, nosotros Pablo Sebastián Arévalo Espinoza, Jonnathan Paul Carvajal Calle y Ana Isabel Jerves Ramírez; Estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, solicitamos de la forma más comedida y respetuosa lo siguiente:

Es de nuestro interés nos conceda la autorización para acceder a la base de datos de los informes de anatomía patológica sobre biopsias de piel para realizar un estudio en el cual se determinará las **CARACTERISTICAS DEL CANCER DERMATOLOGICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIAS DE PIEL POR EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO JUNIO 2011 – JUNIO 2013**, el cual nos servirá para la realización de nuestra tesis de graduación.

La información que nos proporcione será estrictamente confidencial y anónima, solamente será utilizada para fines del presente estudio.

Atentos estaremos a su respuesta y le agradecemos de antemano su ayuda.

Atentamente

Pablo Arévalo.

Jonnathan Carvajal.

Ana Isabel Jerves.



ANEXO 3

Operacionalización de las Variables.

Variable	Definición conceptual	Escala	Dimensión	Indicador
Tipo de carcinoma	Diferenciación histopatológica de la lesión	Cualitativa	Basocelular Escamocelular Melanoma	Resultado de la biopsia
Edad	Número de años cumplidos por el paciente en el momento del estudio.	Cuantitativa	Años	Año de nacimiento expresado por el entrevistado.
Sexo	Característica biológica que determina la diferencia entre el hombre y la mujer.	Cualitativa	Femenino Masculino	Lo que exprese el entrevistado.
Residencia	Lugar donde vive la persona actualmente	Cualitativa	Si/No	<2500 m.s.n.m >2501 m.s.n.m.
Localización de la lesión	Lugar del cuerpo de donde fue tomada la muestra	Cualitativa	Cabeza Cara Tronco Miembros Sup Miembros Inf	Pedido de anatomía patológica.