

REVISTA ARGENTINA de DERMATOLOGÍA

Rev Argent Dermatol

Volumen 89 N° 1 - Enero - Marzo 2008



**ASOCIACIÓN
ARGENTINA de
DERMATOLOGÍA**

Editada en Buenos Aires
Argentina - Publicación Trimestral
ISSN 0325-2787
ISSN ON-LINE 1851-300X

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER NO
MELANOMA DE PIEL EN UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
DE LA CIUDAD DE SANTA FE – ARGENTINA
2007**

***EPIDEMIOLOGIC ASPECTS TO THE SKIN CANCER NON
MELANOMA IN A DERMATOLOGIC OFFICE OF
THE SANTA FE CITY – ARGENTINE
2007***

B L M LUKASZUK *, E CIDRAL MUNIZ *, M LEITE DA VEIGA ** y J L IRIBAS ***

SUMMARY: Background: The incidence of non-melanoma skin cancer (NMSC), mainly in tropical countries has increased in large proportions. The identification of suspicious lesions and those directly related to the skin cancer is made by colleagues of many medical specialities.

Objectives: Study the characteristics of the frequency of NMSC and their relation with certain risk factors in the Hospital José María Cullen, city of Santa Fe, capital of the province of the same name, Argentina.

Materials and Methods: This was a retrospective, not experimental, descriptive and transversal cut study. The sample was composed by 61 patients of both sexes and from 1 to 83 years old. A complete clinical history of patients with suspected lesions were developed. After the biopsy collection, the Department of Pathology analyze them. A descriptive analysis was performed using SPSS 11.5 program; Chi-square test and contingency tables were used to relate variables and compare data. It established a statistically significant association when it founded a value of $p < 0,05$.

Results: We observed that the frequency of NMSC was 29.5%, affecting mostly male (72.2%). Statistically significant difference were found ($p = 0,008$), with respect to the female gender. Patients between 61 and 70 years were the most affected age group with a frequency of 38.9% ($p = 0,001$). The most common type of NMSC was basal cell carcinoma (77.8%) and the most frequent location was head and neck (61.1%). The risk factor found most frequently (94.4%) was the photoexposure ($p = 0,00$) and the skin phototype most affected was the type II (61.1%).

Conclusion: The incidence of non-melanoma skin cancer is high.

KEYWORDS: non-melanoma skin cancer, epidemiology, risk factors.

Rev Argent Dermatol 2008; 89: 30-36.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer cutáneo, principalmente en países tropicales, ha aumentado en grandes proporciones. Se estima que se diagnostican anualmente alrededor de 3 millones de nuevos casos de cáncer de piel no melanoma en todo el mundo.¹ Con una incidencia por encima de los 600.000 casos anuales, el cáncer no melanoma de piel (CNMP) constituye un tercio de todos los cánceres de los Estados Unidos.²

* Médicos.

** Profesor Doctor en Biología. Consejero Metodológico.

*** Dermatólogo. Titular Cátedra de Dermatología. Asesor Temático.

Servicio de Dermatología. Hospital Dr. José M. Cullen. Av. Freyre 2150. Santa Fe. Argentina.
Cátedra de Dermatología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Adventista del Plata. Entre Ríos. Argentina.

En la actualidad la elevada frecuencia del cáncer de piel, representa en salud pública un problema en aumento y grave. Las conductas actuales, referidas al modo de vestir, así como también una mayor exposición intencional al sol, han logrado exponer a la piel en un medio más hostil. Sumado a esto, el cambio climático ocasionado por el hombre con afectación de la capa de ozono, ha deteriorado el medio ambiente e incrementado los factores de riesgo de padecer cáncer de piel.

La identificación de lesiones sospechosas y aquellas relacionadas directamente con el cáncer de piel, es efectuada por muchas especialidades médicas. Sin embargo, muchas veces no son reconocidas y los bajos índices de certeza diagnóstica junto con las demoras en los tratamientos, pueden llegar a generar un aumento en la morbi-mortalidad de los pacientes afectados y en el seguimiento post-tratamiento de los mismos.³

Las consideraciones anteriores sustentan la necesidad de estudiar la frecuencia de CNMP en relación con ciertos factores de riesgo en los Servicios de Dermatología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, no experimental, descriptivo y de corte transversal. La muestra quedó conformada por 61 pacientes de ambos sexos y de 1 a 83 años.

Los datos recolectados de todos los pacientes fueron tomados a partir de la confección de una historia clínica completa.

A continuación, el motivo de consulta y los síntomas referidos a la lesión en cuestión eran acompañados de la historia o evolución

en el tiempo, lesiones locales o sistémicas asociadas, presencia de adenomegalias y la identificación del fototipo según la clasificación de Fitzpatrick.⁴

Se realizaron tomas de biopsia quirúrgica a cada paciente con lesiones de piel para confirmación diagnóstica de la patología sospechada durante el período de estudio del presente trabajo. Se enviaron las muestras al Servicio de Anatomía Patológica del hospital local.

Se realizó un análisis descriptivo utilizando el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 11.5). Para determinar la asociación estadística entre el CNMP, la edad, el género y los factores de riesgo, se usó la prueba de Chi cuadrado y tablas de contingencia para relacionar las variables y comparar los datos. Se estableció una asociación estadísticamente significativa cuando se halló un valor de $p < 0,05$.

Los criterios de exclusión seleccionaron a pacientes, que no eran citados para la toma de biopsia quirúrgica o no concurrían a la consulta turnada y también aquellos con datos insuficientes o que eran incapaces de responder satisfactoriamente a todas las preguntas formuladas.

RESULTADOS

En el presente estudio se observaron 61 pacientes, de los cuales el 54,1% eran del sexo femenino ($n=33$) y 45,9% del sexo masculino ($n=28$). Las edades oscilaron entre 1 y 83 años con un promedio de edad de $50,2 \pm 14$ años, siendo la edad más representada, la de 50 años (9,8% $n=6$).

TABLA I

FRECUENCIA DEL CNMP

CNMP	Género			
	Varón		Mujer	
	n	(%)	n	(%)
No	15	(34,9)	28	(65,1)
Sí	13	(72,2)	5	(27,8)

El 100% de los pacientes eran de origen argentino. La procedencia de los mismos estuvo representada por un 60,7% (n=37) de la ciudad capital de Santa Fe, el 36,1% (n=22) de otras ciudades de la misma provincia y el 3,3% (n=2) de ciudades de otras provincias.

La frecuencia de CNMP fue del 29,5% (n=18) (Tabla I).

De los pacientes con CNMP, el 72,2% (n=13) fueron varones y el 27,8% (n=5) mujeres. Se encontró asociación significativa entre género y CNMP ($p=0,008$).

En el presente estudio se observó que a partir de los 41 años, comienza la aparición del CNMP. El rango de edades con mayor número, fue el de 61 a 70 años con el 38,9% (n=7), seguido del rango de 51 a 60 años con una frecuencia del 33,3% (n=6) y disminuyó en el rango de 71 a 80 años con el 16,7% (n=3). En la Tabla II se describe la frecuencia de CNMP según el rango etario.

Fue observada una asociación estadísticamente significativa entre CNMP y edad ($p=0,001$).

El tipo de CNMP más frecuente en este estudio fue el carcinoma basocelular (CBC) con el 77,8% (n=14); el carcinoma espinocelular (CEC) quedó con una frecuencia de 22,2% (n=4) (Tabla III).

En la Tabla IV se describen las localizaciones topográficas del CNMP, correspondientes a nuestro estudio. No hubo asociación estadísticamente significativa entre localización topográfica y CNMP.

La localización topográfica más frecuente del CNMP en nuestro estudio fue en cabeza y cuello con el 61,1% (n=11). La segunda localización más frecuente fue en miembros superiores con el 22,2% (n=4).

De los pacientes con diagnóstico de CNMP, en nuestro estudio el 94,4% (n=17) presentó antecedente de foto-exposición solar, siendo éste el factor de riesgo más frecuente. De estos pacientes el 70,5% (n=12) refirió exposición solar profesional y el 29,5% (n=5) exposición recreativa (Tabla V).

El segundo factor de riesgo más frecuente fue la queratosis actínica, presente en el 27,8% (n=5) de los pacientes, siendo ésta una asociación estadísticamente significativa (Tabla V).

Tanto la foto-exposición solar como la queratosis actínica presentaron asociación significativa con el CNMP, lo que no fue observado en la asociación con ampollas por quemaduras solares y HACRE (de conocida asociación; se presenta un caso solo).

En nuestro estudio, los fototipos de piel⁴ presentes en todos los pacientes con CNMP abarcaron sólo los tipos I al III; el fototipo de piel más frecuente fue el tipo II, con el 61,1% (n=11) (Tabla VI). Se halló una asociación estadísticamente significativa entre los fototipos de piel y el CNMP ($p 0,01$).

DISCUSIÓN

A partir del estudio de todos los pacientes a quienes se les practicó las tomas de biopsia quirúrgica, se pudo observar una frecuencia del CNMP del 29,5% (n=18), mucho más

TABLA II		
CNMP Y RANGO ETARIO		
Rango etario	n	(%)
0-10 años	0	(0)
11-20 años	0	(0)
21-30 años	0	(0)
31-40 años	0	(0)
41-50 años	1	(5,6)
51-60 años	6	(33,3)
61-70 años	7	(38,9)
71-80 años	3	(16,7)
81-90 años	1	(5,6)

TABLA III		
TIPOS DE CNMP		
Tipo	n	(%)
CBC	14	(77,8)
CEC	4	(22,2)

elevada que la observada en Perú ⁵, donde se obtuvo una frecuencia del 6,5%, y en Brasil ⁶, donde los resultados de frecuencia fueron del 8,1%.

Existen varios estudios ^{5,7-11} donde se ha observado que la frecuencia del cáncer no melanoma de piel con respecto al género, coinciden con el nuestro en cuanto al más afectado. Con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,008$), nosotros identificamos a los hombres como los más afectados por el CNMP con una frecuencia del 72,2% ($n=13$), algo más elevada que la observada en Australia ¹² (58,6%) y bastante más elevada que la descripta en Alemania ¹³ (50%).

Con respecto a la asociación del CNMP y la edad, observamos con el 38,9% ($n=7$) que el rango de edad entre los 61 y 70 años fue el que registró mayor número de pacientes, produciendo valores estadísticamente significativos para dicha relación ($p=0,001$). El rango etario de los pacientes con CNMP de nuestro estudio fue similar a los trabajos hechos en Chile ¹⁴ y Cuba ¹⁵, donde también observaron que el grupo más afectado fue el de 60 años. Sin embargo, otras investigaciones hechas en Singapur ⁸ y en la Argentina ¹⁰, observaron que la frecuencia para CNMP aumentaba a partir de los 80 años.

En el presente estudio, al igual que en la bibliografía ^{2,16}, se pudo confirmar una frecuencia para el carcinoma basocelular del 77,8% ($n=14$) respecto del carcinoma espinocelular que fue del 22,2% ($n=4$). Varios países ^{5,8,14} han podido ver también, cifras similares. Ejemplos de ello son: Australia ¹², que observó un 64,4% de carcinomas basocelulares (CBC) y 18,4% carcinomas espinocelulares (CEC); Alemania ¹³, con el 80% de CBC y 17% CEC; Cuba ⁹, con 84,8% CBC y 15,1% CEC; Brasil ⁶ 81,4% CBC contra 16,3% CEC y en la Argentina ¹⁰, el 66% CBC y 26% CEC.

La localización más frecuente del CNMP, según la bibliografía ^{2,16-18}, se ha asociado con una mayor predilección por aquellas zonas del cuerpo mayormente foto-expuestas. En nuestro estudio, la localización más afectada fue la zona de cabeza y cuello con el 61,1% ($n=11$), que también coincide con otros autores ^{5,12,13}.

TABLA IV

CNMP Y LOCALIZACIÓN		
Localización topográfica	n	(%)
Cabeza y cuello	11	(61,1)
Miembros superiores	4	(22,2)
Tronco anterior	2	(11,1)
Tronco posterior	1	(5,6)

TABLA V

CNMP Y FACTORES DE RIESGO			
Factor de riesgo	n	(%)	p
Foto-exposición solar	17	(94,4)	0,00
Queratosis actínica	5	(27,8)	0,00
Ampollas por quemadura solar	2	(11,1)	0,35
HACRE	1	(5,6)	0,51

TABLA VI

CNMP Y FOTOTIPOS ⁴		
Fototipos de Piel	n	(%)
Tipo I	4	(22,2)
Tipo II	11	(61,1)
Tipo III	3	(16,7)
Tipo IV	0	(0)
Tipo V	0	(0)
Tipo VI	0	(0)

Dentro de los factores de riesgo propios para el CNMP ^{17,20-22}, existe la historia de foto-exposición solar. En nuestro estudio, la exposición solar profesional o crónica fue la más frecuente (70,5%), como también se pudo caracterizar en estudios retrospectivos realiza-

dos en Chile²⁰ y Argentina²¹. Con el 27,8% de todos los pacientes con CNMP, el segundo factor de riesgo fue la queratosis actínica. Su alta asociación con el CNMP ha sido bien documentada^{2,16}. Estudios en Brasil⁶ y Argentina²¹ han asociado a este factor de riesgo como principal manifestación clínica, en contraste con el presente estudio donde ha sido secundario. Sin embargo, ambos factores de riesgo mencionados, han logrado una asociación estadísticamente significativa ($p=0,00$).

Diepgen y Mahler² se refieren a los fenotipos y fototipos de piel más relacionados con el CNMP. Nuestros resultados, acorde con la bibliografía², indicaron que el fototipo más frecuente era el tipo II (61,1%) seguido del I (22,2%) y por último, el III (16,7%). Otros estudios en Finlandia¹⁷ y también Argentina²¹ indicaron la misma relación pero de manera generalizada en un grupo que incluía a los tres tipos anteriormente mencionados. La relación del fototipo II y el CNMP demostró en nuestro estudio, una asociación estadísticamente significativa ($p=0,01$).

CONCLUSIÓN

Se concluye que a partir del estudio de todos los pacientes que consultaron al Servicio de Dermatología del Hospital José María Cullen de Santa Fe, la frecuencia del CNMP fue alta (29,5%).

Con respecto al género y su relación con el CNMP, el sexo masculino fue el más afectado (72,2%) dando esta asociación estadísticamente significativa ($p=0,008$).

En relación a las edades, el rango etario mayormente implicado fue el de 61 a 70 años (38,9%) seguido del de 51 a 60 años (33,3%); se encontró asociación estadísticamente significativa con el CNMP ($p=0,001$).

El tipo de CNMP más frecuente fue el carcinoma basocelular (77,8%) y la localización predominante en el presente estudio fue en la zona de la cabeza y el cuello (61,1%).

El mayor factor de riesgo para cáncer de piel en este estudio, fue la foto-exposición solar profesional o crónica (94,4%), con una asociación altamente significativa ($p=0,000$).

El fototipo de piel sobresaliente de todos los pacientes con cáncer no melanoma de piel,

fue el tipo II (61,1%) y dio como resultado una asociación estadísticamente significativa ($p=0,01$).

RESUMEN

Antecedentes: la incidencia del cáncer no melanoma de piel (CNMP), principalmente en países tropicales ha aumentado en grandes proporciones. La identificación de lesiones sospechosas y aquellas relacionadas directamente con el cáncer de piel es efectuada en ocasiones por colegas de muchas especialidades médicas.

Objetivos: estudiar las características de la frecuencia del CNMP en relación con ciertos factores de riesgo en el Hospital José María Cullen, de la ciudad de Santa Fe, capital de la provincia del mismo nombre, Argentina.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, no experimental, descriptivo y de corte transversal. La muestra quedó conformada por 61 pacientes de ambos sexos y de 1 a 83 años. Se confeccionó una historia clínica completa de los pacientes candidatos a la toma de biopsia, que luego fue analizada por el Servicio de Anatomía Patológica. Se realizó un análisis descriptivo utilizando el programa SPSS 11.5, mediante el cual se usó la prueba de Chi cuadrado y tablas de contingencia para relacionar las variables y comparar los datos. Se estableció una asociación estadísticamente significativa cuando se halló un valor de $p<0,05$.

Resultados: Se observó que la frecuencia del CNMP fue del 29,5%, afectando mayormente al sexo masculino (72,2%). Se halló diferencia estadísticamente significativa ($p=0,008$), con respecto al género femenino. Los pacientes entre 61 y 70 años fueron los más afectados con el 38,9% de frecuencia entre las demás edades ($p=0,001$). El tipo más frecuente de CNMP fue el carcinoma basocelular (77,8%), y la localización más frecuente fue en cabeza y cuello (61,1%). El factor de riesgo encontrado con mayor frecuencia (94,4 %) fue la foto-exposición solar ($p=0,00$) y el fototipo de piel más afectado fue el II (61,1%).

Conclusión: la frecuencia del cáncer no melanoma de piel es alta.

PALABRAS CLAVES

Cáncer no melanoma de piel, epidemiología, factores de riesgo.

REFERENCIAS

- 1) Bariani RL, Vahas FX, Jardini Barbosa MV, Bufoni Farah A y Masako Ferreira L. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. *Acta Cir Bras* 2006; 21 (2): 1-14.
- 2) Diepgen TL y Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol* 2002; 146 (61): 1-6.
- 3) Chouela E, Brea P, Abeldaño A, Fabricio M del C y Garsd A. Índice de sospecha de malignidad del médico no dermatólogo. *Dermatol Argent* 1998; 2 (4): 129-134.
- 4) Pathak M, Nghiem P y Fitzpatrick T. Acute and chronic effects of the sun. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB (eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Mc Graw Hill. Quinta Edición. Nueva York. Estados Unidos de Norteamérica. 1999; 1598-1608.
- 5) Grandez N y Rivas L. Características clínico-patológicas de los tumores malignos de piel en el Hospital Daniel A. Carrión 1998-2001. *Folia Dermatológica*. Perú 2004; 15 (1): 11-17.
- 6) Riviero Sampaio RN y Cardoso NA. Cancer de pele no distrito federal: Resultado da campanha de 1999. *Brasilia Med* 2000; 37 (3/4): 81-86.
- 7) Suárez B, López-Abente G, Martínez, C, Navarro C, Tormo MJ, Rosso S y col. Occupation and skin cancer: the results of the HELIOS-I multicenter case-control study. *BMC [en línea] Public Health* 2007 [fecha de acceso 19 de diciembre de 2007]; 7(180). URL disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/180.htm>
- 8) Koh D, Wang H, Lee J, Chia KS, Lee HP y Goh CL. Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the skin: analysis of the Singapore Cancer Registry data 1968-1997. *Br J Dermatol* 2003; 148: 1161-1166.
- 9) Sarmiento ME y Espinosa IM. Incidencia de cáncer de piel en la provincia de Granma. Cuba 1999-2003. Hospital general provincial universitario Carlos Manuel de Céspedes Bayamo 2005; 45 (1): 1-6.
- 10) Benítez WF, Basaldúa CF y Beltrame CB. Cáncer de piel: principales aspectos epidemiológicos en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín". *Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina* 2006; 155: 1-4.
- 11) Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele de 1999 a 2005. *An Bras Dermatol* 2006; 81 (6): 533-539.
- 12) Raasch BA, Buettner PG y Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol* 2006; 155: 401-407.
- 13) Katalinic A, Kunze U y Schäfer T. Epidemiology of cutaneous melanoma and non-melanoma skin cancer in Schleswig-Holstein, Germany: incidence, clinical subtypes, tumor stages and localization. *Br J Dermatol* 2003; 143: 1200-1206.
- 14) Zemelman V, Roa AC, Díaz AC, Muñoz P y Zamorano C. Caracterización del cáncer cutáneo según edad: análisis del período 1992-1998 en Santiago de Chile. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2002; 13 (4): 278-286.
- 15) Ramos Lage I, Armas Ramírez EL, Rondón Ayalas JA y Ramos Lage M. Epidemiología del cáncer de piel no melanoma. *Rev Cubana Oncol* 2001; 17 (1): 43-47.
- 16) Ridky TW. Non-melanoma skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57 (3): 484-501.
- 17) Svahn H, Pukkala E y Karvonen J. Basal cell skin carcinoma and other non-melanoma skin cancer in Finland from 1965 through 1995. *Arch Dermatol* 1999; 135: 781-786.
- 18) Torras H y Lecha M. Envejecimiento y fotoenvejecimiento cutáneos y su abordaje terapéutico. En: *Dermatología práctica*

- Iberolatinoamericana: Atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica. Primera Edición. Nieto Editores. México. 2005; 1225-1236.
- 19) Murad A y Ratner D. Cutaneous Squamous cell Carcinoma. *N Eng J Med* 2001; 344 (13): 975-982.
 - 20) Zemelman V, Valenzuela CY, Fisch F, Road J y Honeyman J. Asertividad en el diagnóstico clínico de los tumores cutáneos. *Rev Med Chile* 2003; 131: 1421-1427.
 - 21) Lascano AR, Kutznitzky R, Garay I, Ducasse C y Albertini R. Factores de riesgo para carcinoma basocelular, estudio de casos-controles en Córdoba. *Medicina* 2005; 65: 495-500.
 - 22) Hernández-Gil Sánchez J, Buendía Eximan A y Serrano Ortega S. Patrones de exposición solar y tipos de cáncer de piel. *Epidemiología y bioestadística. Piel* 2006; 21 (10): 472-476.