

CÁNCER DE PIEL EN HONDURAS DE ENERO 2011-DICIEMBRE 2015

Skin cancer in Honduras from January 2011 – December 2015

Ariana Grissel Hernández Orellana,¹ Axel Gómez Pineda,¹ Lindsay Melissa Díaz,¹
Elizabeth Casco Fúnez de Nuñez²

¹Medicina General y cirugía

²Medicina General y cirugía, Master en metodología de investigación.

RESUMEN. Antecedentes. El cáncer de piel es considerado un problema para la salud pública como para la ciencia en general. **Objetivo.** Caracterizar el cáncer de piel por informe obtenido de biopsias reportadas por el laboratorio de anatomía patológica del Hospital Mario Catarino Rivas de Enero 2011 a Diciembre 2015. **Métodos.** Estudio cuantitativo de tipo retrospectivo corte transversal. La población estaba constituida por 361 informes de biopsias que reportaban tumoraciones de piel; la muestra estaba constituida por los 158 reportes de biopsia de carácter maligno. **Resultados.** En 158 reportes de biopsia, se registraron 43.8% (158) lesiones malignas, 58.2% (92) sexo femenino, 25.9% (41) edad entre 71-80 años, 53.8% (85) la procedencia urbana; 41.8% (66) rural, 36.1% (57) ocupación ama de casa, 78.5% (124) en cara, 56.4% (70) de los casos en la cara se presentaron en nariz y mejilla, 74.1% (118) el diagnóstico clínico fue carcinoma basocelular, 81.6% (129) diagnóstico histológico fue carcinoma basocelular, 70% (110) su diagnóstico clínico fue confirmado mediante estudio anatomopatológico (diagnóstico histológico) siendo carcinoma basocelular. **Discusión.** El diagnóstico de cáncer de piel es clínico y se confirma mediante anatomía patológica, confirmandose el diagnóstico en el 70% de los casos por lo que amerita que a nivel de Salud Pública nacional se creen mecanismos para la promoción y prevención de dicha patología. **Palabras Claves:** biopsia, carcinoma, neoplasia, piel.

INTRODUCCIÓN

En Honduras se realizó un estudio de registro histopatológico de cáncer en el Hospital Escuela durante el periodo 1996-2000, en el cual se encontraron 4372 neoplasias malignas, donde las neoplasias de piel ocuparon el primer lugar de frecuencia por sí solas con un 17.6%.¹ Hay dos tipos de clasificaciones de neoplasias según Moreno; las neoplasias benignas cuando estas crecen sin invadir tejidos adyacentes y la segunda, las neoplasias malignas o cáncer que crecen de manera agresiva invadiendo tejidos cercanos y si produce metástasis.² Según la CDC divide el cáncer de piel no melanoma y melanoma; “En esta clasificación simple, incluiríamos dentro de los cánceres no melanómicos, el carcinoma Basocelular y el carcinoma Espinocelular. El melanoma es el tumor de piel más agresivo. Los tumores de piel no melanoma son 10 veces más frecuentes y de relativa baja malignidad. “El melanoma supone un 4% de todos los cánceres de piel, pero es la causa del 80% de las muertes por cáncer cutáneo. Un porcentaje elevado de melanomas se diagnostica antes de los 55 años.³ El cáncer de piel no melanoma es el cáncer de mayor prevalencia en el mundo.^{4,5} Según Silverio “La semana del lunar es una actividad que se comenzó a realizar en Junio de 1997 en el Servicio de Dermatología

del Hospital Escuela con el objetivo primordial de incentivar y educar a la población sobre la importancia que tiene la evaluación dermatológica periódica de lesiones en piel, como lunares y tumores congénitos o adquiridos para determinar el diagnóstico temprano de cáncer”, durante esta laboriosa jornada se ha atendido aproximadamente 22,500 pacientes, una proporción de 1,500 casos cada año que se realiza, de todas las edades y de ambos sexos; en los primeros años se diagnosticaban en promedio 6 casos de cáncer de piel por día y paulatinamente ha aumentado el número de casos incluyendo el melanoma. Este aumento en cuanto a su incidencia podría atribuirse a una mayor conciencia de la población para evaluarse las lesiones cutáneas. En cada jornada se realizan aproximadamente 200 biopsias de piel en lesiones clínicamente sospechosas de malignidad y a dichos paciente se les brinda.⁶ En el Hospital Mario Catarino Rivas en San Pedro Sula se realiza la semana del lunar desde el 2007 con gran afluencia de personas en este año 2016 acudieron 417 pacientes con un diagnóstico clínico de malignidad de aproximadamente del 6.7%, nos informó el Dr. Cándido Mejía, director del programa.

“En México el carcinoma Basocelular (CBC) es la variedad más común, con el 72% de los casos, el carcinoma espinocelular (CEC) ocupa el segundo lugar, con el 17%, y en tercer lugar está el melanoma (M), con un 8%”.⁷ En Sur América, según Grossi “En Argentina los registros de cáncer de piel no melanoma informaron una tasa de mortalidad durante el período 1997-2001 de 1/100.000 habitantes para hombres y 0.3/100.000 habitantes para las mujeres. Melanoma cutáneo (MC) la tasa de mortalidad fue de 1.1/100.000 habitantes para los hombres y

Recibido para publicación el 09/2016, aceptado el 10/2016.

Dirección para correspondencia: Dra. Ariana Grissel Hernández Orellana;
Correo electrónico: anaira7767@yahoo.com.mx

Conflictos de interés. Los autores declaramos no poseer conflictos de interés en relación a este artículo.

0.6/100.000 habitantes para las mujeres durante el mismo periodo de tiempo son datos estadísticos que expresan el impacto de esta patología⁸. En Colombia también se ha reportado un aumento en la frecuencia de casos de esta neoplasia en los últimos años. “En el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (CFDLLA), centro de referencia en dermatología en Colombia, se encontró que la incidencia de CBC se había duplicado, pasando de 4 por 1,000 consultas en el 2003 a 11 por 1,000 consultas en el 2011”.⁹ “En norte américa el cáncer de piel no melanoma, corresponde al 75-90% de todos los cánceres de piel en EEUU. En Latinoamérica, el problema de la información en cáncer de piel es aún mayor y la información disponible en la región proviene principalmente de hospitales de referencia y no de datos poblacionales”.^{10,11}

“Desde su creación en 1979, The Skin Cancer Foundation siempre ha recomendado usar un protector solar con un SPF 15, o más, como parte importante de un régimen completo de protección contra el sol. Sin embargo, un protector solar por sí solo no es suficiente”. Las medidas recomendadas para la foto protección son: Evitar exposición solar excesiva, principalmente la directa entre las 10 y 16 horas y protección con vestimenta, recomendando sombrero de “ala ancha”. La protección ambiental se realiza por medio de filtros o pantallas de acrílico en ventanas de casas o automóviles, lámparas que protegen contra UVA y UVB; no se aconsejan las camas solares ni lámparas bronceadoras.¹² El presente estudio se realizó con el objetivo de caracterizar el Cáncer de Piel por informe obtenido de biopsias reportadas por el laboratorio de anatomía patológica del Hospital Mario Catarino Rivas de enero 2011 a diciembre 2015; Determinando el género y grupo etario más afectado, describiendo la ocupación de los pacientes así como la región anatómica donde fue tomada la muestra para biopsia, para determinar su relación y frecuencia con el cáncer de piel. Se espera que con los resultados se pueda determinar el tipo histológico de cáncer de piel más frecuente, describir la congruencia del diagnóstico clínico en relación al diagnóstico anatomopatológico; para la creación de estudios de cáncer de piel a nivel nacional, creación de protocolos de búsqueda de casos potenciales así como campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo retrospectivo corte transversal Enero 2011-Diciembre 2015. La población 361 informes de biopsias que reportaban lesiones de piel en el laboratorio de patología del Hospital Mario Catarino Rivas, las cuales revelan la presencia de tumoraciones benignas y malignas en piel. La muestra 158 reportes de biopsia de carácter maligno en el tiempo descrito.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una encuesta que constaba de dos secciones con un total de 7 preguntas. La primera sección con datos de información general e identificación del paciente 1 pregunta abierta y 3 preguntas cerradas: edad, género, procedencia y ocupación. La segunda sección datos de información clínica 3 preguntas cerradas: si-

tio anatómico de toma de muestra para la biopsia, diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico. El estudio fue aprobado por jefe del laboratorio de patología del HMCR, Departamento de investigación de la Escuela de ciencias de la Salud UNA-HVS.

Los resultados fueron codificados y analizados estadísticamente mediante la utilización del programa “SPSS”. Statistics 22.

RESULTADOS

El 43.8% (158) fueron reportes de biopsias que revelaron lesiones malignas. El 58.2% (92) de los reportes de biopsia con malignidad correspondieron al sexo femenino. El 25.9% (41) de los reportes de biopsias con malignidad la edad del pacientes fué entre 71-80 años. El 53.8% (85) de los reportes de biopsias con malignidad la procedencia del paciente era urbana; el 41.8% (66) del área rural.

El 36.1 % (57) de los reportes de biopsias con malignidad la ocupación del paciente fue ama de casa. El 78.5% (124) de los reportes de biopsias con malignidad a región topográfica de toma de la muestra del paciente fue la cara. En el 56.4% (70) de los casos de cáncer de piel en la cara se presentaron en la nariz y la mejilla de la misma. El 74.1% (118) el diagnóstico clínico fue de Carcinoma Basocelular. El 81.6% (129) de los pacientes diagnosticados con cáncer de piel el diagnóstico Histológico fue de Carcinoma Basocelular. El 70% (110) de reportes de biopsia de pacientes su diagnóstico clínico fue confirmado mediante estudio anatomopatológico (Diagnóstico Histológico) siendo este el Carcinoma Basocelular de piel.

DISCUSIÓN

La incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas, es la neoplasia maligna más reportada a nivel mundial”.^{13,7} En este estudio el 43.8% (158) de los reportes de biopsias reveló lesiones malignas “En América Latina no existen estadísticas fidedignas y las estimaciones de la International Agency for Research on Cancer muestran una variabilidad que va de 0/100 mil habitantes en Belice, 2/100 mil habitantes en México, hasta 7.6/100 mil habitantes en Uruguay”¹⁴ Predominó el género Mujer en el 58.2 % (92); el cáncer cutáneo no melanoma, con predominio de 2.1:1 en la relación hombre: mujer. “La incidencia anual del Carcinoma Epidermoide Cutáneo primario varía dependiendo de la altitud y la región geográfica. La incidencia en la raza blanca varía entre por cada 100,000 habitantes en el sexo femenino y 150 por cada 100,000 en el sexo masculino.¹⁵ Se cree que los estrógenos y la progesterona estimulan la proliferación melanocítica, de ahí la relación que se ha establecido con el uso de anticonceptivos orales, el embarazo y el cáncer de mama.¹²

Según la OMS “La mayoría de los cánceres son más frecuentes a medida que aumenta la edad de las personas”.³ El cáncer de piel más frecuente es el Basocelular y su aparición suele afectar más frecuentemente a mayores de 40 años.¹⁶ En

este estudio el 25.9% (41) la edad promedio fue entre 71 y 80 años. En las regiones con *daño a la capa de ozono* hay mayor frecuencia de cáncer de piel por lo que cada vez se acerca más la igualdad de incidencia en áreas rurales y urbanas. El 53.8% (85) de los pacientes su procedencia era urbana y rural 41.8% (66).

El 78.5% (124) la región de toma de muestra fue la cara y 36.1% (57) de los reportes de biopsias con malignidad la ocupación del paciente fue ama de casa. La aparición más frecuente de cáncer de piel es en las zonas expuestas del cuerpo; dada su conocida relación con la exposición prolongada a la radiación solar; Según Abeldaño "El 85-90% se localiza en cabeza y cuello, y les siguen en orden de frecuencia el tronco y los miembros. La presentación en zonas no expuestas a radiación ultravioleta es infrecuente e indicaría la participación de otros factores etiológicos".¹⁷ Los factores predisponentes son: "Personas con fototipos cutáneos I y II (según la clasificación de Fitzpatrick los fototipos I y II presentan reacciones fotoalérgicas al exponerse al sol), antecedentes personales de una exposición solar intensa y prolongada en la juventud, inmunosupresión y exposición a radiaciones ionizantes. Según Novak "La exposición solar como tal, es el factor principal desencadenante teniendo en cuenta diferentes circunstancias relacionadas a este, por ejemplo; se presenta el mayor daño entre las 10 a.m. y las 3 p.m.; el fototipo (pieles claras), el uso de elementos de protección solar, entre otros". El Carcinoma Basocelular está relacionado con la exposición a la radiación ultravioleta, y, a diferencia del Carcinoma Escamocelular, que en general se asocia con una exposición solar continua.^{16, 17}

El 74.1% (118) de los pacientes diagnosticados con cáncer de piel el diagnóstico clínico fue de Carcinoma Basocelular, 14.6% Carcinoma espinocelular. El 6.3% (10) de los reportes de biopsia no tenían consignado el diagnóstico clínico. Según The Skin Cancer Foundation "El diagnóstico sigue siendo en primer lugar clínico debido a que si no existe una sospecha clínica no se puede llegar a pensar o implementar nuevos estudios para diagnosticar la enfermedad, de forma más precisa se diagnostica mediante un análisis histopatológico adecuado, que es esencial para el manejo clínico".¹² "En México, después del Basocelular, el carcinoma epidermoide representa el segundo tumor maligno más frecuente en adultos, con prevalencia de 8%".¹⁸

Salasche mencionó que "En Estados Unidos existen entre 900,000 y 1, 200,000 nuevos casos de cáncer cutáneo, de los que casi 20% son carcinomas Epidermoides y sus variantes".¹⁹

El 81.6% (129) el diagnóstico Histológico fue Carcinoma Basocelular. "En México el carcinoma basocelular (CBC) es la variedad más común, con el 72% de los casos, el carcinoma espinocelular (CEC) ocupa el segundo lugar, con el 17%, y en tercer lugar está el melanoma (M), con un 8%".⁷

Sólo un paciente de 45 años con diagnóstico Histológico de Melanoma. El melanoma es el tumor de piel más agresivo. "El melanoma supone un 4% de todos los cánceres de piel, pero es la causa del 80% de las muertes por cáncer cutáneo. Un porcentaje elevado de melanomas se diagnostica antes de los 55 años".³ "El Melanoma Maligno Cutáneo (MMC) se genera en los melanocitos de la capa basal de la epidermis, desde donde se extiende a las capas más superficiales y a la dermis e hipodermis en profundidad. "Los melanocitos tienen en su citoplasma gránulos con melanina, la cual es responsable de la pigmentación de los tejidos, y además posee propiedades antioxidantes que neutralizan los radicales libres".²⁰ En el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia se reportó que el melanoma maligno había sido la principal causa de muerte por neoplasias de piel (40%) y que representó el 1 % del total de muertes por cáncer".²¹ El melanoma maligno (MM) es un tumor que ha impactado de forma significativa a la sociedad. Alrededor del mundo, 200.000 personas fueron diagnosticadas con melanoma, el cual ocasiona más de 40.000 muertes anuales. "Durante 2010 ocupó el sexto y séptimo lugares de neoplasias nuevas diagnosticadas en mujeres y hombres, respectivamente".²²

El 70% (110) diagnóstico clínico confirmado con Diagnóstico Histológico (Ca. Basocelular). El diagnóstico de cáncer de piel es clínico y se confirma mediante anatomía patológica.¹⁰ Dermatoscopia es utilizada a partir de 1990, tiene la ventaja de amplificar la imagen (10x) lo que permite visualizar la epidermis, la unión dermo-epidérmica y la dermis papilar. "Mejora la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico de un 71 a un 90%, siendo una herramienta diagnóstica operador dependiente. Su utilidad radica en catalogar las lesiones pigmentadas de piel como benignas, sospechosas o malignas, determinando así, según corresponda, su estudio o seguimiento".²³

REFERENCIAS

1. Raúl F López Pavón PGZB. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH. [Online].; 2008 [cited 2016 Marzo 7. Available from: http://cidbimena.desatres.hn/RMP/pdf/2008/pdf/Vol11-1-2008_5.pdf.
2. http://www.academia.edu/10608685/Introducci%C3%B3n_a_las_neoplasias_y_su_clasificaci%C3%B3n_2013_2MVA. Academia. [Online].; 2016. Available from: www.academia.edu.
3. Mercè Marzo-Castillejo BBBCVVNVCBMMERdpdcAP2Ce1dm2P24D. [Online].; 2014 [cited 2016 Marzo 1. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atención-primaria-27-articulo-recomendaciones-prevencion-del-cancer-9033114>.
4. salud Omdl. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 27. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
5. J. Serna MVMCLAM. Dermatología Bases Fisiológicas. Sociedad Española de farmacia Hospitalaria. 2016 Febrero 24.; p. 1 - 35.
6. José SM. [Online].; 2011 [cited 2016 Marzo 7. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-4-2011.pdf>.
7. José Manuel Díaz-González APCLFARMPO. Cáncer de Piel en pacientes menores de 40 años. [Online].; 2011 [cited 2016 Marzo 7. Available from: http://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n1/18_GMM_VOL_147_-1_2011.pdf.
8. Georgina P. Grossi MJCMQMSDAIBES. [Online].; 2012 [cited 2016 Marzo 5. Available from: <http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/179%20Estudio%20epidemiol%C3%B3gic.pdf>.
9. Taboada A. PA,Ci,BB,GE. scielo. [Online].; 2010 [cited 2016 Abril 2. Available from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>

- [artex&pid=S1130-14732010000500005&Ing=es.](#)
10. Urrego-Rivera Flor Liliana FBC. Diagnóstico Diferencial del Carcinoma Basocelular Pigmentado. [Online].; 2015 [cited 2016 Abril 2. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?cript=sci_artex&pid=S1699-695X2015000200014&Ing=es.
 11. Rojas López Ricardo DMLA. dermatolarg.org. [Online].; 2016 [cited 2016 Marzo. Available from: [stias clínicas de los pacientes concarcinoma basocelulhttp://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/539/253](http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/539/253).
 12. Brett M. Coldiron HEKMES. cancerdepiel.org. [Online].; 2013 [cited 2016 Mayo 7. Available from: <http://www.cancerdepiel.org/cancer-de-piel?qclid=CjwKEAjp->.
 13. SI Hernández-Zárate AMBALTSDAP. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de La Clínica Dermato - oncológica del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. [Online].; 2012 [cited 2016 Marzo 1. Available from: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2012/rmd121e.pdf>.
 14. Seara Govea Yolanda GGSGPM. scielo. [Online].; 2016 [cited 2016 Abril 3. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200012&Ing=es.
 15. Molgó N Monserrat HFIAFCdPTCJBGBS. scielo. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 1. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500012&Ing=es.
 16. NOVA JOHN PAGA. CES Med. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 1. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052014000200003&Ing=en.
 17. Alejandra Albeldaño MIHMDLPCPBCK. [Online].; 2010 [cited 2016 Marzo 9. Available from: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/539/253>.
 18. Fassi MV FLVEKMFTRLA. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 1. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2014000400006&Ing=es.
 19. Mercadillo Perez Patricia MLLM. [Online].; 2013 [cited 2016 Marzo 15. Available from: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2013/rmd132f.pdf>.
 20. Chacón-Garita Lindsay MCM. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 1. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-n60022014000200004&Ing=en.
 21. Ofelia Wilkinson Oberti XVMMH. bvs. [Online].; 2002 [cited 2016 Marzo 19. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2002/pdf/Vol70-2-2002-8.pdf>.
 22. Lavanderos Jorge PJAJSD. [Online].; 2010 [cited 2016 Marzo 17. Available from: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v24n1/art08.pdf>.
 23. Gallegos-Hernández José OMAMMGACHHSM. Sciencedirect. [Online].; 2015 [cited 2016 Mayo 7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115000055>.

ABSTRACT. Background: Skin cancer a health public problem and science in general. **Objetive:** Characterize the skin cancer based in the picking of biopsies from the Anatomopathology Laboratory of Mario Catarino Hospital in the period between from January 2011 to December 2015. **Methods:** Quantitative retrospective cross sectional study. Population 361 benign and malignant lumps biopsies and sample population 158 malignant lumps biopsies. **Results:** 43.8% (158) malignant lumps biopsies, 58.2% (92) female sex, 25.9% (41) 71-80 years old, 53.8% (85) urban origin; 41.8% (66) rural origin, 36.1 % (57) homemaker, 78.5% (124) on face, 56.4% (70) on the nose and cheeks, 74.1% (118) basal cell carcinoma clinical diagnosis, 81.6% (129) basal cell carcinoma histological diagnosis, 70% (110) congruence between clinical and histological diagnosis. **Discussion:** The skin cancer diagnosis is clinical, Health public should to make mechanisms of disease prevention and healthcare promotion.

Keywords: Biopsie, carcinoma, neoplasm, skin.