

Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década

Behavior of facial basocellular carcinoma in Artemisa during the last decade

Mileydis Viñas García^I, Yudit Algozaín Acosta^I, Licerba Álvarez Campos^I, Juan Carlos Quintana Díaz^{II}

^I Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Doctora en Estomatología. Asistente. Hospital General Docente "Ciro Redondo García", Artemisa, Cuba.

^{II} Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Cirugía Máxilofacial. Doctor en Estomatología. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Ciro Redondo García", Artemisa, Cuba.

RESUMEN

El carcinoma basocelular representa aproximadamente entre un 70 a un 80 % de los cánceres cutáneos no melanoma, en la población de color de piel blanca y su tasa de incidencia ha incrementado un 20 % en las últimas 2 décadas. Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo y de corte transversal desde enero de 2000 a diciembre de 2009, para determinar el comportamiento del carcinoma basocelular en los pacientes anotados en el registro de solicitud de biopsias del Servicio de Cirugía Máxilofacial del municipio Artemisa. El universo fueron 1 287 individuos y constituyeron la muestra 607 pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basocelular. Se registraron las siguientes variables: grupo de edad, sexo, color de la piel, ocupación, localización del tumor, formas clínicas de presentación y tipo histopatológico. Se confeccionó un formulario y los datos se procesaron estadísticamente por cálculo porcentual. Los resultados se presentaron en tablas. Se obtuvo un 47,1 % con diagnóstico de carcinoma basocelular en ambos sexos, con ligero predominio en el género masculino, los campesinos y constructores resultaron ser los más afectados. La población de piel blanca constituyó el 98,8 % de los pacientes con carcinoma basocelular y el grupo de edad más afectado fue el de 70 años en adelante. La principal región fue la nasal, la forma clínica de presentación nodular perlada fue la más frecuente. Predominó el tipo histopatológico sólido y tres cuartas partes de los pacientes

fueron tratados con exéresis simple. Se concluyó que el carcinoma basocelular constituyó la entidad de mayor prevalencia al afectar casi la mitad de la población objeto de estudio.

Palabras claves: carcinoma basocelular, cánceres cutáneos no melanoma.

ABSTRACT

The basocellular carcinoma account for approximately the 70-80 % of non-melanoma cutaneous cancer in white persons and its incidence rate has increased in a 20 % in the two past decades. A cross-sectional, descriptive and observational study was conducted from January, 2000 to December, 2009 to determine the basocellular carcinoma's behavior in patients registered for biopsy of the maxillofacial service of Artemisa municipality. Universe included 1 287 patients and sample 607 patients with a clinical and histopathologic diagnosis of basocellular carcinoma. The following variables were registered: age group, sex, skin color, occupation, tumor location, clinical forms of presentation and histological type. A form was designed and data were statistically processed by means of percentage calculation. Results were presented in tables. There was a 47.1 % diagnosed with basocellular carcinoma in both sexes with a slight predominance of male sex including peasant farmers and builders as the more involved. The white persons were the 98.8 % of patients presenting with basocellular carcinoma and the more involved age group was that aged 70 and more. The main region was the nasal one, the more frequent was the clinical form of pearly nodular presentation with predominance of the solid histopathologic type and the three-quarter of patients were treated with simple exeresis. We conclude that the basocellular carcinoma was the more prevalent entity involving almost the half of study population.

Key words: Basocellular carcinoma, non-melanoma cutaneous cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel ha mostrado un incremento paulatino a nivel mundial ya que constituye por su importancia un problema de salud.¹ El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente en el ser humano. Representa aproximadamente entre un 70 y un 80 % de los cánceres cutáneos no melanoma en la población de color de piel blanca. Su tasa de incidencia se ha incrementado en un 20 % en las últimas 2 décadas y ha involucrado a grupos etarios cada vez más jóvenes.²⁻⁴

Los CBC son tumores epiteliales malignos de localización cutánea, descritos por Jacob en 1807, que surgen de células pluripotenciales de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo a nivel del istmo inferior y de la protuberancia. Se relacionan con las radiaciones ultravioletas y menos frecuentemente con otras causas. Están involucradas mutaciones de distintos genes, entre las que se destaca la del gen supresor de tumor Patched en el cromosoma 9q 22. El aspecto clínico-patológico y el comportamiento biológico de los CBC, dependen de la interacción entre el epitelio y el estroma que lo rodea.⁴ Comienza con un nódulo perlado refringente, que puede seguir diversos patrones

de crecimiento o desarrollo que le dan individualidades propias y constituyen las formas clínicas de la enfermedad: nodular perlada, *ulcus rodens*, plano cicatrizal, infiltrante y terebrante. Entre estos tipos clínicos el nodular es el más frecuente, pero en la práctica es difícil observar lesiones puras, pues estos patrones tienden a mezclarse para constituir las llamadas formas mixtas y cualquiera de ellas puede o no estar pigmentada.⁵

Histológicamente puede clasificarse según criterios de *Lever*⁶ en: diferenciados e indiferenciados sólidos; semejante histológicamente a estructuras anexas epidérmicas que pueden ser capilares, glandulares o adenoideas y mixtos, que le dan o no, origen al tumor. Son de crecimiento lento y una vez instituido el tratamiento adecuado, el pronóstico es favorable. Excepcionalmente producen metástasis, pero pueden causar significativa morbilidad. Los CBC actualmente no son considerados una amenaza para la vida de los pacientes, pero representan gran impacto económico en los servicios de salud y días laborables perdidos. También hay una afectación psicológica, se ve involucrada la autoestima del paciente ya que éstos, pueden aparecer en lugares visibles de la cara.⁷

La localización más frecuente del CBC se produce en los tejidos faciales. Resulta de gran interés para cirujanos máxilofaciales, por lo que se realizó este estudio, con el objetivo de determinar su comportamiento, en pacientes del Servicio de Cirugía Máxilofacial de Artemisa, Cuba, durante 10 años de experiencia.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal desde enero de 2000 a diciembre de 2009, para determinar el comportamiento del carcinoma basocelular en los pacientes anotados en el registro de solicitud de biopsias del Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital General Docente "Ciro Redondo García" en la provincia de Artemisa.

El universo fue de 1 287 pacientes anotados en el registro de solicitud de biopsias (RSB) y de estos, 607 pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de CBC constituyeron la muestra.

Técnica y procedimientos: a los pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de CBC se le registraron las siguientes variables: grupo de edad, sexo, color de la piel, ocupación, localización del tumor, formas clínicas de presentación,⁵ tipo histopatológico según criterios de *Lever*⁶ y técnica quirúrgica. El estudio histopatológico de las piezas se realizó en los departamentos de anatomía patológica de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana y en el Hospital Militar General "Carlos J. Finlay", con previa realización de convenios institucionales.

El procesamiento estadístico se realizó en una computadora *Pentium 4*. Se creó una base de datos en el sistema *Excel* de *Microsoft Office*. Los resultados se procesaron por cálculo porcentual y se presentaron en tablas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que del total de pacientes anotados en el RSB el 47,1 % presentaron diagnóstico clínico e histopatológico de CBC, y otras lesiones totalizaron en conjunto un 52,8 %. La tabla 2 representa la distribución de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de CBC según sexo y grupo de edad. Como resultante final afectó a ambos sexos con un ligero predominio del masculino y en cuanto a la edad, el grupo más afectado fue el de 70 y más años con un 48,5 %. En la tabla 3 se presenta la distribución de pacientes con CBC según ocupación y color de la piel. Los campesinos y constructores fueron los más afectados y en cuanto al color de la piel el 98,8 % lo constituyeron los pacientes de piel blanca. La tabla 4 muestra que la mayoría de los CBC según formas clínicas de presentación fueron del tipo nodular perlada. Se encontró que el 71,8 % de los CBC fueron del tipo nodular perlada y solo un 28,2 % correspondió a la suma del resto de las formas clínicas de presentación. En la tabla 5 al analizar la distribución de pacientes con CBC según zonas anatómicas de presentación, se encontró que la principal región afectada fue la nasal con 46,1 %; aproximadamente la mitad del total de todas las zonas.

Tabla 1. Distribución de pacientes con CBC de acuerdo al número total de pacientes atendidos y anotados en RSB, Artemisa. 2000-2009

Diagnóstico	Pacientes	
	No	%
Otras lesiones	680	52,8
Carcinoma basocelular	607	47,1
Total	1287	100,0

Tabla 2. Distribución de pacientes con CBC según grupo de edad y sexo. Artemisa. 2000-2009

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	3	0,9	1	0,3	4	0,7
30-39	5	1,6	4	1,4	9	1,5
40-49	15	4,8	16	5,5	31	5,1
50-59	46	14,6	41	13,9	87	14,3
60-69	88	28,0	93	31,7	181	29,8
70 y más	157	50,0	138	47,0	295	48,5
Total	314	51,7	293	48,2	607	100,0

Tabla 3. Distribución de pacientes con CBC según su ocupación y color de la piel. Artemisa. 2000-2009

Ocupación	No.	%	Blancos		Negros	
			No.	%	No.	%
Campeños	139	22,9	137	98,1	2	1,9
Profesionales	89	14,7	89	100,0	-	-
Pescadores	75	12,4	73	97,3	2	2,7
Ama de casa	72	11,9	72	100,0	-	-
Jubilados	99	16,3	99	100,0	-	-
Constructores	133	21,9	130	97,7	3	3,4
Total	607	100,0	600	98,8	7	1,2

Tabla 4. Distribución de pacientes con CBC según formas clínicas de presentación. Artemisa. 2000-2009

Formas clínica de presentación	No.	%
Nodular perlada	436	71,8
Ulcus rodens	96	15,8
Plano cicatrizal	53	8,7
Infiltrante	13	2,1
Terebrante	9	1,5
Total	607	100,0

Tabla 5. Distribución de pacientes con CBC según zonas anatómicas de presentación. Artemisa. 2000 -2009

Zona anatómica de presentación	No.	%
Nasal	280	46,1
Surco nasogeniano	74	12,1
Frontal	61	10,0
Peribucal	55	9,0
Región infraorbitaria	46	7,6
Región preauricular	42	6,9
Anterior del cuello	25	4,1
Temporal	24	3,9
Total	607	100,0

DISCUSIÓN

Se apreció que el porcentaje de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basocelular fue de un 47,1 % dentro del total de pacientes anotados en el registro de solicitud de biopsias. Similares resultados se encontraron en estudios realizados en Colombia,^{2,8} para conocer el comportamiento del CBC dentro de todas las neoplasias cutáneas. Sin embargo, estudios^{3,4} realizados en otros países de Latinoamérica no coincidieron de la misma forma. Estos resultados

variaron desde más de un 60 % hasta un 80 %. Pudieron estar influenciados por factores demográficos, por la mezcla racial, la diferente sensibilidad cutánea al sol, por cambios en los estilos de vida asociados a exposición a radiaciones solares, debido a deportes y pasatiempos como nadar en piscinas o ir a la playa, que conllevaron a una mayor exposición solar. Otros factores a tener en cuenta son, las condiciones socioeconómicas de cada país que permitieron priorizar las políticas de salud pública, basadas en los riesgos reales de su población, con el objetivo de evaluar la necesidad de campañas de promoción y prevención en el tema.

La distribución de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basocelular afectó a ambos sexos con un ligero predominio del masculino. Estos resultados concordaron con lo reportado en estudios realizados por otros autores,^{1,3,9} de que el hombre está más expuesto a la acción de los rayos solares, al calor y a las noxas profesionales; factores que predisponen por los cambios que se producen en la piel, a la aparición de lesiones cancerosas. En otros estudios latinoamericanos^{2,7,10} tampoco hubo coincidencia, ya que estos plantearon la existencia de un predominio en el sexo femenino, atribuido al hecho de que las mujeres tienen mayor preocupación por su aspecto que los hombres y buscan mayor atención médica.

El predominio de casos en los grupos de mayor edad fue consistente con lo reportado en la historia natural del carcinoma basocelular. Este dato de incidencia se vio dramáticamente aumentado cuando la edad superó los 70 años. Se estableció una relación directamente proporcional, pues a medida que aumentó la edad, incrementó la morbilidad. Coincidió con lo reportado en la literatura mundial.^{1,2,7,9,10}

Al distribuir los pacientes con CBC por ocupación, los campesinos y constructores tuvieron un comportamiento homogéneo, con un 20 % aproximadamente. La mayoría de estos pacientes han sido expuestos a sustancias nocivas y calor, que han actuado de manera desfavorable sobre la piel. La exposición prolongada al sol, acelera el proceso de envejecimiento y aumenta la probabilidad de aparición de cánceres cutáneos.⁷ Uno de los factores de riesgo para la aparición del CBC es el color de la piel. En los casos estudiados, el 98,8 % lo constituyeron pacientes de piel blanca; coincidió con otros autores^{2,7,11-13} latinoamericanos y de Europa que plantean que estos tumores son mucho más frecuentes en individuos de piel clara y prácticamente excepcionales en los de piel oscura.

Al asociarse a la población de piel blanca con otro factor como la exposición a radiaciones ultravioletas, se evidenció una degeneración cutánea e hiperqueratosis, que posteriormente se convirtió en carcinoma. Es decir, se produjo un sinergismo en la causalidad de este problema de salud pública. La mayoría de los carcinomas basocelulares según la forma clínica de presentación, fueron del tipo nodular perlado. Se encontró que las tres cuartas partes de los carcinomas basocelulares fueron del tipo nodular y solo una cuarta parte correspondió a la suma del resto de las otras formas clínicas de presentación. Coincidió con estudios realizados en Colombia^{2,14} que plantearon que el tipo más frecuente fue el CBC nodular.

La región anatómica más susceptible a la aparición del CBC en este estudio, fue la nasal con 46,1 %. Coincidió con estudios latinoamericanos y de Europa^{4,8-10,13,14} que expusieron similares resultados en sus series. En esta zona existen distintos factores como son la mayor densidad de nervios y de glándulas sebáceas, además de que la dermis se encuentra más cercana al pericondrio, periostio y músculo, lo que favorece que el tumor desarrolle extensiones laterales y profundas más importantes.⁴ Además, todos los autores coinciden con el criterio de que los CBC son más frecuentes en los sitios más sobresalientes.

En los resultados del estudio histopatológico el 71,8 % de los CBC fueron indiferenciados del tipo sólido. Coincidió con estudios nacionales⁹ y de Colombia¹⁴ que plantearon que el tipo histopatológico del CBC más frecuente es el sólido. Es de señalar que una misma lesión presentó más de un tipo histopatológico y reportó patrones mixtos en donde la asociación más frecuente fue sólido con adenoide. Otros autores^{1-5,15,16} reportaron predominio de variantes mixtas en sus investigaciones. Por el método ambulatorio se intervino el 100 % de los pacientes con CBC y aproximadamente en tres cuartas partes de los pacientes se utilizó la exéresis simple. La extirpación quirúrgica del tumor fue la terapéutica de primera elección, por ofrecer la posibilidad de estudiar los márgenes histológicos.^{4,13} La conducta de tratamiento según técnica quirúrgica utilizada estuvo plenamente identificada con los principios quirúrgicos para el tratamiento del cáncer; guardó relación con la localización del tumor, dimensiones del defecto y el sexo del paciente.

Se concluyó que casi la mitad de los pacientes presentaron diagnóstico de CBC, con un ligero predominio del sexo masculino, donde campesinos y constructores fueron los más afectados. La mayoría de los pacientes con CBC fueron de piel blanca, del grupo de edad comprendida a partir de los 70 años en adelante, y de la forma clínica de presentación nodular perlada. La región nasal fue la más afectada, predominó el tipo histopatológico sólido y la mayoría de los pacientes fueron tratados con exéresis simple.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallagher RP. Sunscreens in melanoma and skin cancer prevention. *CMAJ*. 2005;173(3):244-5.
2. Nova Villanueva J, Sánchez Vanegas G, Porras de Quintana L. Cáncer de piel: perfil epidemiológico de un centro de referencia en Colombia, 2003-2005. *Rev Salud Pública*. [serie en internet]. 2007 [citado: 22 abr 2010]; 9(4): [aprox. 15 p.]. 595-601. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Rubin A, Chen E, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2005;353:2262-9.
4. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre carcinoma basocelular. Carcinoma espinocelular. Guía de recomendaciones; 2005. p. 7-18. [citado: 22 abr 2010].
5. Rodríguez García R, Echeverría Miyares JH, Azze Pavón MA. Cáncer de piel y ocupación. *Rev Cubana Med*. 2001;40(4):266-72.
6. Lever Walter F. Basal cell epithelioma in histopathology of the skin. 5th ed. Philadelphia, Toronto: JB Lippincott Company; 1975. p. 537-50.
7. Calderón Pacheco JO. Comportamiento clínico epidemiológico y manejo del carcinoma basocelular en el Centro Nacional de Dermatología. Dr. Francisco José Gómez Urcuyo, Managua, Nicaragua. Tesis para optar por el título de especialista en dermatología; 2008.

8. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario Estadístico 2004. Bogotá: Medilegis; 2005. p. 27-8.
9. Rodríguez R S. Caracterización clínico-histopatológica del carcinoma basocelular, 1999-2004. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2005;4(4). [serie en internet]. 2005 [citado: 22 abr 2010]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol4_num4/rhcm07405.htm
10. Ruiz Lascano A, Kuznitsky R, Garay I, Ducasse C, Albertini R. Factores de riesgo para carcinoma basocelular: estudio de casos controles en Córdoba. Medicina (B. Aires) [serie en internet]. 2005 [citado: 22 mar 2010]; 65(6): [aprox. 15 p.]. 495-500. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000600004&lng=es
11. Estrada Sarmiento, Virelles Espinosa M. Incidencia del cáncer de piel en la provincia Granma Cuba 1999-2003. Acta odontol venez. 2007;45(1):67-70. [citado: 26 mar 2010].
12. Heckmann M, Zogelmeier F, Konz B. Frequency of facial basal cell carcinoma does not correlate with site-specific UV exposure. Arch Dermatol. 2002;138:1494-7.
13. Charlín Pato G, Serrano Peña J, del Poso Losada J. Carcinoma basocelular. Guías clínicas. 2005;5(6) [citado: 26 mar 2010] Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Basocelular.pdf>
14. Flaminio Rojas R, Díaz Martines LA. Características clínicas de los pacientes con CBC. Una serie de 305 casos en Bucaramanga. MedUNAB. 2002;5(14):69-74.
15. Rawashdeh MA, Matalca I. Basal cell carcinoma of the maxillofacial region: site distribution and incidence rates in Arab/Jordanians, 1991 to 2000. J Oral Maxillofac Surg. 2004;62(2):145-9.
16. Freedman DM, Sigurdson A, Doody MM, Mabuchi K, Linet MS. Risk of basal cell carcinoma in relation to alcohol intake and smoking. Cancer epidemiol biomarkers prev. 2003;12(12):1540-3.

Recibido: 14 de enero de 2011.

Aprobado: 27 de enero de 2011.

Dra. Mileydis Viñas García. Hospital General Docente "Ciro Redondo García", Artemisa. E-mail: mileydisvg@infomed.sld.cu