



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

CLÍNICA E HISTOPATOLOGÍA DEL CARCINOMA
BASOCELULAR
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2013-2014

PRESENTADA POR
EDGMAR CUCHO JUNES

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
DERMATOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCION POSGRADO**

CLÍNICA E HISTOPATOLOGÍA DEL CARCINOMA

BASOCELULAR

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2013-2014

TESIS

PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN

DERMATOLOGIA

PRESENTADA POR

EDGMAR CUCHO JUNES

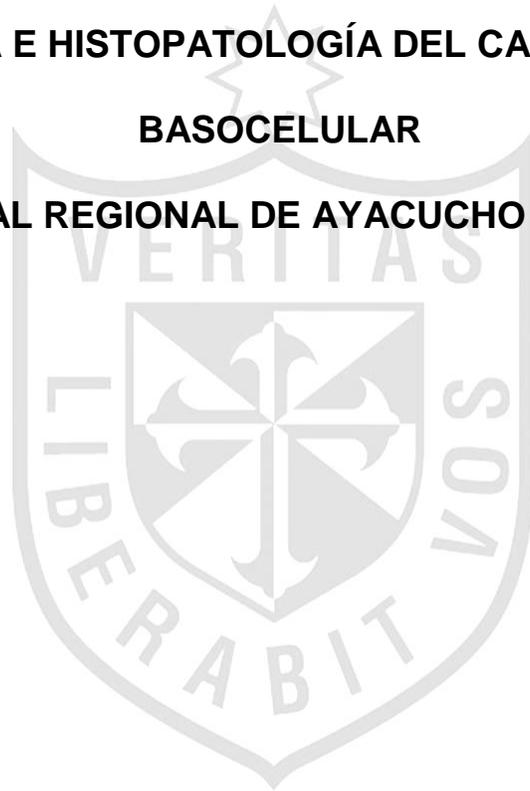
LIMA -PERÚ

2015

CLÍNICA E HISTOPATOLOGÍA DEL CARCINOMA

BASOCELULAR

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2013-2014



ASESOR

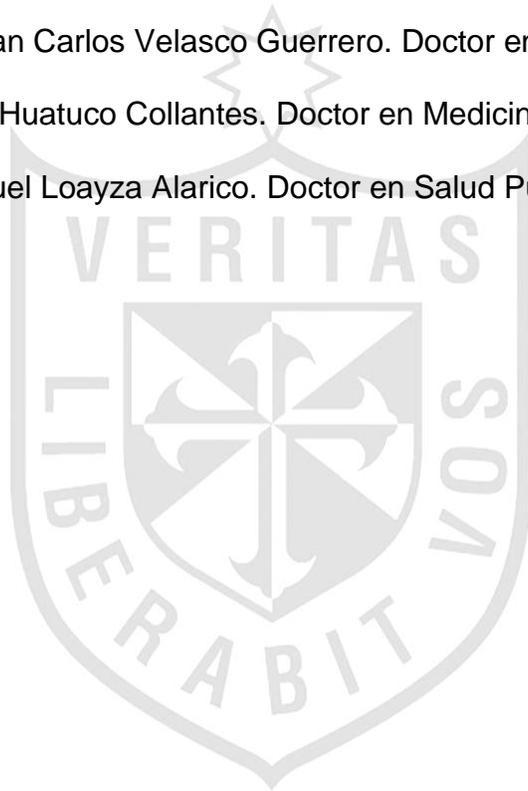
Evelyn Castro Vargas. Médico Dermatólogo

JURADO

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero. Doctor en Salud Pública

Miembro: Zoel Huatuco Collantes. Doctor en Medicina

Miembro: Manuel Loayza Alarico. Doctor en Salud Pública



DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi madre por ser la persona que en todo momento me apoyo para continuar con la mejora continua que exige esta carrera.

A mi esposa Celia, quien creyó en mí, al inicio de esta aventura en el mundo de la Dermatología.



AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Dermatología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, por todo su apoyo durante mi etapa de formación en el residentado en dermatología.

A los trabajadores del Hospital Regional de Ayacucho, por las facilidades en la obtención de la diversa información que demanda esta investigación.



INDICE

Pág.

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes de la investigación	7
1.2 Bases teóricas	14
1.3 Definición de términos	30
CAPÍTULO II	
METODOLOGÍA	
2.1 Tipo y diseño de investigación	32
2.2 Población y muestra	32
2.3 Métodos de recolección de datos.....	33
2.4 Procesamiento de los datos.....	33
2.5 Aspectos éticos.....	33
CAPÍTULO III	
RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO IV	
DISCUSIÓN.....	40
FUENTES DE INFORMACIÓN	46
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N 01: Distribución del Carcinoma Basocelular según edad en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho- 2013/14	34
TABLA N 02: Distribución del Carcinoma Basocelular según Género en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho 2013/14	35
TABLA N 03: Distribución del Carcinoma Basocelular según género en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho 2013/14	37
TABLA N 04: Distribución del Carcinoma Basocelular según diagnóstico histopatológico en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho 2013/14	39

INDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO N 01: Edad de los pacientes con Carcinoma Basocelular en el Hospital Regional de Ayacucho- 2013/14.	35
GRÁFICO N 02: Pacientes por edad y sexo de Carcinoma Basocelular en el Hospital Regional de Ayacucho 2013/14	36
GRÁFICO N 03: Diagnóstico clínico de Carcinoma Basocelular en el Hospital Regional de Ayacucho 2013/14	37
GRÁFICO N 04: Tamaño de lesión del Carcinoma Basocelular en el Hospital Regional de Ayacucho 2013/14	38
GRÁFICO N 05: Tiempo de evolución del Carcinoma Basocelular en el Hospital Regional de Ayacucho 2013/14	39

RESUMEN

Objetivo: Conocer la clínica e histopatología del carcinoma basocelular en la población que acude al Hospital Regional de Ayacucho en el periodo comprendido entre enero del 2013 y diciembre del 2014.

Metodología: Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo, observacional de corte transversal, se recolectó información de historias clínicas de los pacientes atendidos en el Consultorio de Dermatología del Hospital Regional Dr. Mariscal Llerena de Ayacucho entre Enero del año 2013 al mes de Diciembre del año 2014. Se incluyeron solo los pacientes con resultado histopatológico de carcinoma basocelular.

Resultados: Se reportaron 28 casos de un total de 2243 pacientes, obteniéndose una prevalencia de 1.2%. El 60.7% de los casos fue sexo femenino (n=17), y el 39.3% (n=11) sexo masculino. La edad promedio fue 69.78 años. Los pacientes tenían un rango entre 38 y 92 años de edad. 96.4% de las lesiones (n=27) se localizó en la cabeza. En cuanto al diagnóstico clínico de los Carcinomas Basocelulares, 70.3%, (n=19) correspondieron al tipo Nodular. El diagnóstico histopatológico más frecuentemente encontrado fue el patrón mixto sólido Infiltrante con 28.5%.

Conclusiones: La prevalencia del carcinoma basocelular en el Hospital regional de Ayacucho fue de 1.2%. La población afectada fue a predominio del sexo femenino, clínicamente se presenta con mayor frecuencia en la cabeza, la

variante nodular. Histológicamente hay predominio del patrón sólido con variantes mixtas.

Palabras clave: Cáncer de piel, Carcinoma basocelular.



ABSTRACT

Objective: To determine the clinical and histopathology of basal cell carcinoma in the population that goes to the Regional Hospital of Ayacucho in the period between January 2013 and December 2014.

Methodology: A retrospective, descriptive, observational cross-sectional information from medical records of patients seen at the Dermatology Clinic Dr. Mariscal Llerena Regional Hospital of Ayacucho from January 2013 to December of 2014 was collected. Patients with histopathological result of basal cell carcinoma were included.

Results: 28 cases of a total of 2243 patients were reported, giving a prevalence of 1.2%. 60.7% of the cases were females (n = 17) and 39.3% (n = 11) male. The average age was 69.78 years. The patients had a range between 38 and 92 years old. 96.4% of the lesions (n = 27) was located in the head. As for the clinical diagnosis of basal cell carcinomas, 70.3% (n = 19) were the nodular type. The histopathology diagnosis was more frequently found mixed pattern Infiltrating solid with 28.5%.

Conclusions: The prevalence of basal cell carcinoma in the Regional Hospital of Ayacucho was 1.2%. The affected population was a predominance of females, clinically occurs most often in the head, nodular variant. Histologically, there is a predominance of solid pattern with mixed variants.

Keywords: Skin cancer, basal cell carcinoma

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es el más común de los cánceres humanos, se diagnostican 700,000 casos anualmente, 77% corresponden al carcinoma basocelular, 20% al carcinoma espinocelular, 3% está constituido por melanomas y tumores raros.¹

Australia presenta una incidencia de 1,000 por 100,000 por año con un incremento del 1 al 2% por año. Las estadísticas en EUA se han estimado hasta en 407 casos de carcinoma basocelular por 100,000 hombres blancos y 212 casos por 100,000 mujeres blancas.²

En México, hay algunos datos epidemiológicos gracias al Registro Nacional de las Neoplasias. En 1999, de 90,605 neoplasias malignas, 13,361 correspondieron a cáncer de piel (14.7%). Según las estadísticas del Servicio de Oncología Cutánea del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, en 1997, el carcinoma basocelular representó 77.2% de los tumores malignos de piel, seguido del carcinoma escamocelular (17%), el melanoma maligno (5.6%) y otros tumores malignos (0.2%) de un promedio de 50,656 pacientes por año.³ En Colombia la tasa estimada de cáncer de piel pasó de 23 casos/100.000 habitantes en 2003 a 41 casos/100.000 habitantes en 2007.⁴

En nuestro país, las neoplasias cutáneas constituyen la tercera y cuarta causa general de cáncer en hombres y mujeres respectivamente; según la Dirección General de Epidemiología (DGE) en el periodo 2006-2011, se

registraron un total de 7,242 nuevos casos de neoplasias cutáneas (3,297 en varones y 3,945 en mujeres), representando el 6,6% del total de neoplasias registradas entre dicho lapso.⁵ En un estudio en el Hospital Nacional dos de Mayo sobre neoplasias cutáneas entre 2011 y 2012 se encontró que la neoplasia cutánea con mayor frecuencia fue el carcinoma basocelular representando el 60.5% del total.⁶

En EUA, el promedio anual de adultos tratados por cáncer de piel aumentó de 3,4 millones en el período 2002-2006 a 4,9 millones en 2007-2011. Durante este período, el costo total anual promedio de cáncer de piel se incrementó de \$ 3600 millones a \$ 8100 millones, lo que representa un incremento del 126,2%, mientras que el costo total anual promedio para todos los otros tipos de cáncer aumentó en un 25,1%. Durante el periodo 2007-2011, cerca de 5 millones de adultos fueron tratados por cáncer de piel al año, con costos de tratamiento promedio por \$ 8.1 mil millones cada año.⁷

El pronóstico del carcinoma basocelular parece haber mejorado en las ultima décadas en todos, los países, probablemente debido a un diagnóstico precoz, mayor acceso a los servicios de salud, y la posible conciencia pública planteada por las campañas educativas; lo que lleva a que las intervenciones quirúrgicas se traduzcan en menos secuelas.⁸ Hay casos donde el comportamiento infiltrativo afecta a todos los tejidos adyacentes causando significativa morbilidad, desfiguración y cirugía mutilante, el riesgo de recurrencia aumenta si el tumor tiene más de 2 centímetros de diámetro.⁹

El objetivo a investigar en el presente trabajo es conocer la clínica e histopatología del carcinoma basocelular en la población que acude al Hospital Regional de Ayacucho en el periodo comprendido entre enero del 2013 y diciembre del 2014.

El cáncer cutáneo representa el tercer lugar en casuística de las neoplasias en el Hospital Regional de Ayacucho, pero debido a que es una neoplasia de crecimiento lento y de baja mortalidad se le otorga poca importancia tanto por parte de la población como del personal médico no entrenado en un diagnóstico oportuno.

La realización de este estudio permitirá conocer el comportamiento del carcinoma basocelular en nuestra población, los resultados de la investigación permitirán realizar un diagnóstico clínico oportuno.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el año 2014 Kumar S. et al, en la ciudad Punjab, India desarrollaron la investigación titulada, Estudio del Carcinoma Basocelular en población Sud Asiatica, Factores de Riesgo y Caracterizacion Clinico Patológica, el objetivo de la investigación fue conocer la Epidemiología, Factores de Riesgo y aspectos Clinicopatologicos del carcinoma Basocelular en la población de Punjab, Norte de India del 2011 al 2013, de los 36 casos confirmados 63,9% eran mujeres, la duración media de la enfermedad fue 4,9 años , la mayoría de los pacientes (88,9%) tenía una lesión única , la región de cabeza y cuello, estaba involucrada en 97,2% de los casos, la morfología nodular fue la más frecuente con 77,8% de los casos, la variante histopatológica nodular fue la mas frecuente con 77,8% de los casos. Se concluye con la tendencia al incremento del Carcinoma Basocelular a predominio del sexo femenino, con localización preferencial en la nariz.¹⁰

En el año 2014 Eisemann N. et al, en la ciudad de Schleswig-Holstein, Alemania, desarrollaron la investigación titulada, Incidencia de Cancer de Piel No Melanoma, e Impacto de la Detección de Cancer de Piel, el objetivo de la investigación fue Proporcionar estimaciones de la incidencia por sexo, edad, tipo histológico, y parte del cuerpo, además de estudiar el impacto del cribado de cáncer de piel. La incidencia de Cancer de piel no Melanoma fue 119/100 000

para las mujeres, y 145/100 000 para los varones en el periodo 2008-2010. Durante la Implementación del cribado para la detección de Cáncer de Piel (2003-2004), la incidencia incrementó de 81,5/100 000, a 111,5/100 000 (1998-2000), en un 47% para las mujeres y 34% para los hombres. Todos los grupos de edad de las mujeres se vieron afectados por el incremento, pero los aumentos en los hombres se limitaron principalmente a los grupos de mayor edad. Conclusión, los cambios observados se atribuyen principalmente a las actividades de tamizaje.¹¹

En el año 2013 Wu S. et al, en la ciudad de Brigham, E.U. desarrollaron la investigación, Incidencia de Carcinoma Basocelular, Factores de Riesgo Asociados en hombres y mujeres americanos. Se evaluaron las tendencias de incidencia de Carcinoma Basocelular, y factores de riesgo asociados en 140 171 pacientes de una cohorte de mujeres (1986-2006) y una cohorte masculina (1988-2006), las tasas de incidencias ajustadas por edad aumentaron de 519 casos por 100 000 personas año a 1 019 casos por 100 000 personas año para las mujeres, y aumento de 606 casos por 100 000 personas año a 1 488 casos por 100 000 personas año para los hombres durante el periodo de seguimiento, el análisis de Cox de riesgos proporcionales identificó los siguientes factores fenotípicos de riesgo: antecedentes familiares de melanoma, pelo rubio o rojo, mayor susceptibilidad a las quemaduras solares desde niño/adolescente, mayor número de quemaduras solares graves con ampollas durante toda la vida, mayor número de lunares en la extremidades. La relación de riesgo multivariado entre el quintil más alto de exposición al flujo de gama media de luz ultravioleta B, frente al

quintil mas bajo fue de 3.18 en las mujeres. Se concluye que los resultados ponen de manifiesto la incidencia alta, creciente de Carcinoma Basocelular. La asociación entre riesgo de Carcinoma Basocelular, y flujo acumulativo de luz ultravioleta B, es fuerte y consistente.¹²

En el año 2013 Ferreira F. et al, en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, desarrollaron la investigación titulada Diferencias en la distribución por edad y topográfica de los diferentes tipos histológicos de Carcinoma Basocelular, el objetivo de la investigación fue identificar la epidemiología del Carcinoma Basocelular en Taubaté Sao Paulo y verificar una posible asociación entre la topografía y los diferentes subtipos histológicos de este tumor. Estudio de tipo transversal realizado en el Hospital Universitario de Taubaté, entre 01/01/08 y 31/12/09, se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de carcinoma Basocelular. Se identificaron 239 individuos, la edad media de la muestra fue 68,0 años, la población masculina (57,7%) y los blancos (87,1%) predominaron en el estudio. El subtipo histológico predominante fue nodular (34,7%). Los sitios mas frecuente fueron la cabeza y el cuello, con predominio de la región nasal. Los resultados de este estudio sugieren que existe una asociación entre el subtipo histológico superficial con los pacientes mas jóvenes, y las areas no expuestas del cuerpo.¹³

En el año 2012 Lomas A. et al, desarrollaron una revisión sistemática de la incidencia mundial de Cáncer de Piel No Melanoma. El objetivo del estudio fue observar las variaciones geográficas y tendencias a nivel mundial del cáncer de

piel no melanoma. La mayoría de estudios se centraron en poblaciones blancas de Europa, EEUU, Australia, sin embargo estaban disponibles datos de otros tipos de piel como africanos. La incidencia de cáncer de piel no melanoma varia ampliamente con las tasas mas altas en Australia ($> 1\ 000/100\ 000$ personas año, para el carcinoma basocelular), y las tasas mas bajas en algunas partes de Africa ($< 1/100\ 000$ personas año, para el carcinoma basocelular), las tasas promedio de incidencia en Inglaterra eran de $76-21/100\ 000$ personas año para el carcinoma basocelular, las tasas de incidencia parecen estar aumentando en el Reino Unido a un ritmo mayor que en el resto de Europa. Se concluye que el cáncer de piel no melanoma es un problema creciente para los servicios de salud en todo el mundo, esta revisión destaca la exigencia de estudios de prevención en este ámbito y las cuestiones relacionadas con un registro incompleto.¹⁴

En el año 2012 Andrade P. et al, en la ciudad de Coimbra, Portugal desarrollaron la investigación titulada Epidemiología del Carcinoma Basocelular y Carcinoma Espinocelular en el Departamento de Dermatología, revisión de 5 años; el objetivo de la investigación fue la caracterización epidemiológica de la población con Cancer de piel no Melanoma; se realizo un análisis descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados con carcinoma basocelular o carcinoma espinocelular identificados por análisis histopatológico de todas las biopsias cutáneas incisionales o escisionales a lo largo de 5 años (2004-2008) en el servicio de dermatología. Fueron identificados 3075 casos de cáncer cutáneo no melanoma representando el 88% del total de neoplasias malignas diagnosticadas

en el mismo periodo (3493); 68.3% eran carcinomas basocelulares. En general la población con cáncer de piel no melanoma estaba compuesta predominantemente por ancianos y mujeres, siendo observado un incremento constante de la frecuencia durante el periodo de estudio (5,25%/año). La mayoría de los cánceres de piel no melanoma (n=1443, 81,7%) se identificó en áreas de piel fotoexpuesta. Se concluye que el cáncer cutáneo no melanoma como la neoplasia maligna más frecuente deberá seguir una monitorización regular con la finalidad de determinar su dinámica epidemiológica, eficacia de medidas preventivas y adecuación de los recursos de salud.¹⁵

En el año 2011, Viñas M. et al, desarrollaron la investigación Comportamiento del Carcinoma Basocelular Facial en Artemisa durante la última década, el objetivo del estudio fue determinar el comportamiento del Carcinoma Basocelular de los pacientes en los pacientes anotados en el registro de solicitud de biopsias del servicio de Cirugía Maxilo Facial del Hospital General Docente de Artemisa, Cuba. Se realizó un estudio observacional tipo descriptivo de corte transversal desde Enero del 2000 a Diciembre del 2009, el universo fueron 1287 individuos y constituyeron la muestra 607 (47,1%) pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basocelular, el sexo masculino fue ligeramente más afectado (51,7%), en cuanto a la edad el grupo más afectado fue el de 70 años y más con un 48,5%. Los campesinos y constructores fueron los más afectados y en cuanto al color de piel el 98,8% lo constituyeron pacientes de piel blanca. La presentación clínica más frecuente fue el tipo nodular perlada

(71,8%), la principal región afectada fue la nasal (46,1%). Se concluyó que casi la mitad de los pacientes presento carcinoma basocelular constituyendo la patología de mayor prevalencia.¹⁶

En el año 2007 Nova-Villanueva J. y col. Desarrollaron la investigación Cancer de Piel: Perfil epidemiológico de un Centro de Referencia en Colombia 2003-2005. El objetivo del estudio fue conocer el perfil epidemiológico y estimar la incidencia por tipo tumoral de cáncer de piel entre los años 2003-2005, en el Centro dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colombia, estudio de tipo descriptivo. Se registraron un total de 168 659 pacientes de los cuales 2 184, corresponden a los casos de patología tumoral maligna de piel, el volumen total de pacientes con diagnóstico de cáncer ha tenido un incremento de 6 casos de cáncer de piel por 1 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2003 a 17 casos por 1 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2005. El carcinoma basocelular es el responsable de más del 60% de todos los tipos de cáncer de piel, el promedio de edad de los pacientes con patología tumoral maligna de piel fue 64 años, se concluye que a excepción de los Linfomas cutáneos la incidencia de neoplasias es creciente en todos los tipos tumorales.¹⁷

En el año 2005, Ruiz A. et al desarrollaron la investigación Factores de Riesgo para el Carcinoma Basocelular. Estudio de Casos Controles, El número de pacientes que ingresaron al estudio fue 88 casos y 88 controles, (88,6%) presentaron una lesión única, (55,1%) localización en la cara y cuello, (64,3%)

variante clínica nodular. Los siguientes factores de riesgo fueron significativos en el análisis multivariado, fototipos I, II, y III, exposición solar recreativa después de los 20 años de edad, exposición solar alta en vacaciones de playa y la presencia de queratosis actínicas.¹⁸

En el año 2004 , Kumakawa Z. et al, desarrollo la investigación Prevalencia de Neoplasias cutáneas en el Hospital Nacional Dos de Mayo Periodo Enero 2002- Diciembre 2003, Objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y características epidemiológicas de las neoplasias cutáneas en el Hospital Dos de Mayo, Lima, Perú; estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal. De un total de 14 590 pacientes que acudieron a consulta externa y hospitalización 108 fueron diagnosticados con algún tipo de neoplasia cutánea obteniéndose una prevalencia de 0,74%, 50% de los pacientes se encontraban en el grupo etareo de 64 a 80 años, el carcinoma basocelular fue la neoplasia más frecuente representando el 52,8% del total, 91,2% lo presentaron en la cara.¹⁹

En 1996 Falcón L. et al, desarrollo la investigación Tumores Malignos de la Piel. Estudio Epidemiológico en el Norte de Perú, en Trujillo, Perú. El objetivo del estudio fue presentar la frecuencia relativa de los tumores malignos de la piel, lo mismo que ciertas variables epidemiológicas tales como sexo edad, localización anatómica. Se encontró 572 casos de tumores malignos de piel confirmados histológicamente, que se presentaron en un periodo de 10 años, entre el 1 de Enero de 1980 y el 31 de Diciembre de 1989. La frecuencia del carcinoma basocelular corresponde al 54.4%, de todos los tumores de piel, no existe

diferencia significativa predominante entre uno y otro sexo, el promedio y la mediana de edad es de 65 y 67 años respectivamente. La localización corporal más frecuente del carcinoma basocelular corresponde a 92.9%. Se concluye que la frecuencia relativa y el predominio del sexo y edades es semejante al que se encuentra en otras partes del mundo, especialmente en lo que se refiere a tumores epiteliales.²⁰

1. 2 BASES TEÓRICAS

El carcinoma basocelular es un tumor epitelial maligno que se origina en las células basales de la epidermis y de sus anexos. El tamaño del tumor puede variar desde unos pocos milímetros a varios centímetros de diámetro. Tiende a invadir localmente si no se trata pudiendo dar como resultado compromiso de la función y la estética, secundarios a la pérdida masiva de tejidos.

El carcinoma basocelular es el cáncer más común de todos los canceres diagnosticados en los Estados Unidos, con mas de 2 000 000 de casos diagnosticados anualmente. Aunque raramente da metástasis y por lo tanto rara vez causa la muerte, puede dar lugar a importante morbilidad. Esto es especialmente cierto si no se diagnostican correctamente y se manejan de manera adecuada y oportuna.

El carcinoma basocelular fue descrito por primera vez en 1824 por Jacob, mas tarde Krompecher sugirió que se origino de las células basales de la epidermis.

La asociación del gen pacted (PTCH), con el síndrome de carcinoma de células basales nevoides hereditario (Síndrome de Gorlin) fue vital para la comprensión de la patogénesis del carcinoma basocelular.

Se ha reconocido ampliamente el papel de la radiación ultravioleta; donde ésta ha sido ampliamente aceptada como el determinante más importante para el desarrollo del carcinoma basocelular.²¹ La exposición a luz UVB produce daño directo al ADN ya que induce mutaciones en los genes supresores tumorales mientras que la exposición UVA induce estrés fotooxidativo y mutaciones a través de la generación de especies reactivas de oxígeno generando un nexo potencial entre la luz UV y la disminución de la inmunidad. Es importante tanto la duración como la cantidad de exposición a dichas radiaciones. Las exposiciones muy intensas aunque de corta duración son las que generan mayor riesgo de carcinoma basocelular. Se dice que cinco quemaduras solares antes de los 18 años aumentan la probabilidad en un 50% de cáncer cuando se llega a la adultez.²² Se ha descrito que la RUV más alta del planeta puede detectarse sobre el trópico en horas cercanas al medio día, y a su vez esta intensidad en la radiación puede verse incrementada cuando se aumenta la altura sobre el nivel del mar produciendo un incremento notable en las dosis de RUV que entran en contacto con la piel.²³ El vivir en el ámbito rural tiene una alta correlación con la exposición laboral, debido en gran parte a la mayor probabilidad de estar inmerso en actividades al aire libre en las horas del mediodía. Sin embargo, otros factores como el pobre acceso a campañas preventivas, servicios de salud y medios de

comunicación y además hay más propensión a no emplear métodos de protección solar, incrementando el riesgo de padecer esta enfermedad.²⁴ La sensibilidad cutánea frente a la RUV (fototipo) podría ser un factor para el desarrollo de la enfermedad, específicamente en sujetos fototipo I y II.²²

Otros factores que intervienen son la exposición a radiación ionizante, arsénico, clorofenoles, síndromes genéticos, tratamiento durante un largo período con fármacos inmunodepresores: corticoides, azatioprina o ciclosporina.²⁵

Comportamiento Biológico

El carcinoma basocelular tiene una naturaleza invasora local, la cual es su máximo peligro. Sin tratamiento invade tejido subcutáneo, músculo, hueso e incluso sistema nervioso central. Por medio de los planos de fusión anatómica: surco nasofacial y surco retroauricular; puede invadir más rápidamente. Rara vez realiza invasiones perineurales y cuando ésta se presenta es más frecuente en tumores recurrentes localizados preauricular, malar y periocular. Esta última se manifiesta con síntomas neurológicos focales: DOLOR, PARESTESIAS, DEBILIDAD, PARALISIS. Es extremadamente raro que el carcinoma basocelular de metástasis; cuando lo hace lo realiza con más frecuencia a ganglios linfáticos y pulmones.²²

CUADRO CLÍNICO:

Algunos hallazgos en el examen físico pueden ser predictores de riesgo. Las queratosis actínicas reflejan una historia de exposición solar crónica, por lo que deben orientar a un seguimiento dado su alto papel predictor frente a la aparición de tumores de piel. En general el carcinoma basocelular es una lesión friable que

no cicatriza localizada sobre áreas expuestas al sol. Se caracterizan por translucidez, ulceración, presencia de telangiectasias y borde enrollado.

Hay cinco subtipos con características específicas

Nodular, es el subtipo más frecuente, representa el 50% de los carcinomas basocelulares. Se caracteriza por nódulos de gran tamaño, células basófilas y retracción estromal, se ulcera con frecuencia en el centro, dejando un borde elevado con telangiectasias que ayuda a hacer el diagnóstico. La melanina puede estar presente en variables cantidades, por lo que uno puede observar algunas manchas de pigmento marrón o la lesión puede ser negro, o negro azulado y puede ser confundido con una lesión melanocítica. Estos tumores pueden alcanzar un gran tamaño y se extienden profundamente destruyendo, parpado, nariz, oreja.

Pigmentado, representa el 25% de los carcinomas basocelulares. Se presentan máculas marrones o negras en algunas o todas las áreas por lo que es difícil diferenciar del melanoma. Algunas áreas de estos tumores no presentan pigmento, se puede observar bordes elevados, nacarados con telangiectasias, esto ayuda clínicamente en la diferenciación de este tumor con el melanoma.

Superficial, puede estar presente una ligera cantidad de escama, además de un borde elevado translucido filiforme. Pueden estar presentes áreas de regresión espontanea caracterizadas por la atrofia e hipopigmentación. El diámetro de la lesión varia de unos pocos milímetros a varios centímetros. La lesión puede ser confundida con una condición benigna inflamatoria como la dermatitis numular y la

psoriasis. Cantidades variables de pigmento pueden estar presentes lo que lleva a la confusión con lesiones melanocíticas. Inicialmente el patrón de crecimiento es principalmente horizontal. Con el paso del tiempo estos tumores pueden llegar a ser profundamente invasivos, con induración , ulceración y formación de nódulos. La propagación lateral extensiva subclínica amplía la alta tasa de recurrencia significativa después de la escisión de rutina.

Morfeiforme o Esclerosante o Infiltrante, es el más agresivo de las cinco variantes. El nombre de esta variante de carcinoma basocelular, se deriva de su parecido a una placa de morfea (esclerodermia localizada), por lo general la lesión es indurada y de color marfil, puede encontrarse telangiectasias suprayacentes. Aunque la lesión ha sido comparada con morfea no es difícil distinguir entre los dos. Ocasionalmente sin embargo el carcinoma metastásico puede ser mal diagnosticado clínica e histológicamente como Carcinoma Basocelular morfeiforme.

El carcinoma basocelular morfeiforme destaca por su velocidad de propagación y su alta recurrencia clínica después del tratamiento.

Quístico, La degeneración quística en un Carcinoma Basocelular no es clínicamente evidente, y por lo tanto la lesión puede parecer típicamente un carcinoma basocelular nodular. Sin embargo hay casos en que hay histológicamente cambios quísticos marcados. El carcinoma basocelular puede tener clínicamente una apariencia quística, clara o azul gris y exudar un líquido

claro en caso de corte. Puede ser confundido en el área periorbital con un hidrocistoma apocrino, o ecrino.

Fibroepitelioma de Pinkus, Es una variante poco frecuente, se caracteriza por presentarse como un nódulo firme, indurado, rosado; ubicado frecuentemente en la región dorsal baja. Se asemeja a un fibroma, tiene características histológicas únicas. (22)

HISTOLOGÍA

Típicamente los Carcinomas Basocelulares son indiferenciados histológicamente, pero algunos pueden mostrar un grado de diferenciación hacia estructuras epiteliales o anexos. Estas neoplasias surgen de las células germinativas pluripotenciales de la piel que residen en la capa basal de la epidermis o de las estructuras epiteliales de los anexos. La diferenciación de las células basales neoplásicas, al igual que de las células germinativas basales normales, puede ser hacia folicular, sebácea, estructuras ecrinas o apocrinas. El estroma puede ser mucinoso, edematoso o escleroso.

Los Carcinomas Basocelulares tienen tres patrones de crecimiento bien reconocidos; nodular, superficial, morfeiforme. Los tipos superficial y morfeiforme tienen cada uno características histopatológicas que varían de lesión a lesión. Los nodulares, sin embargo pueden mostrar muchas variantes histopatológicas diferentes.

Carcinoma Basocelular Circunscrito

El carcinoma basocelular típico y más común es el tipo nodular o nódulo ulcerativo, que es una lesión en forma de cúpula. Esta compuesto de islas de tamaños irregulares de células basaloides. Característicamente las células son relativamente grandes y se agregan en un clúster cohesivo unido por un estroma fibrovascular. Los márgenes tumorales son convexos y la neoplasia crece de manera expansiva, esta tendencia de la neoplasia a la cohesión y crecimiento expansivo, representa la circunscripción del tumor en los márgenes laterales y profundos. El hecho de que la gran mayoría de los carcinomas basocelulares tiene un patrón de crecimiento circunscrito explica su alta tasa de curación. Este tipo de carcinoma basocelular es generalmente simétrico y los márgenes por lo general se pueden determinar fácilmente clínicamente por inspección y palpación. Estas lesiones pueden ser adecuadamente tratadas por remoción con un estrecho margen de piel normal.

Carcinoma Basocelular Sólido

Se compone principalmente de células basaloides sin evidencia de diferenciación, hacia cualquier estructura anexial. Las células son relativamente uniformes en tamaño y tienen grandes núcleos con nucleolos inaparentes y escaso citoplasma. A menudo es difícil ver puentes intercelulares. Las células en la periferie de los islotes tienden a alinearse en una matriz paralela, con la base de la célula en contacto con la membrana basal, y el vértice apuntando adentro y hacia el centro del islote, esta disposición se conoce como empalizada. Las figuras mitóticas por lo general no se encuentran, y cuando están presentes por lo general son de

apariencia normal. Los grandes islotes de células basales a menudo muestran necrosis central, esto conduce a la formación de lagunas que contienen restos amorfos y células degeneradas. Los islotes de células basaloides epiteliales comprenden el parenquima del tumor, ellos están incrustados en un estroma fibrovascular que consiste en fibroblastos regordetes en una malla de finas fibras de colágeno, y abundante sustancia fundamental.

El estroma cumple un rol sustentacular, a menudo contiene abundante mucina. Debido al alto contenido de glucosaminoglicanos, el estroma a menudo se aleja de la fila empalizada de células basales en los bordes de los islotes, produciendo así hendiduras artefactuales. La inflamación generalmente no es prominente en tumores que no se han ulcerado, a menudo es un escaso a moderado infiltrado de células mononucleares en el estroma; sin embargo si la lesión se ulcera el infiltrado inflamatorio se hace más pronunciado y puede ser denso, células plasmáticas se encuentran a menudo en el estroma de las lesiones de la cara y el cuero cabelludo.

Carcinoma Basocelular con Metaplasia escamosa (Basoescamoso)

Algunos carcinomas basocelulares muestran regiones con características celulares parecidas al carcinoma espinocelular. Este tipo de carcinoma basocelular, se compone de células que son tanto basaloides, y de apariencia escamosa, mientras que conserva la organización típica del carcinoma basocelular, La presencia del estroma sirve para distinguir el carcinoma Basocelular con diferenciación escamosa, del carcinoma epidermoide, que no

presenta proliferación estromal. Por lo general algunos de los islotes de células tumorales basaloides y otros en que las células basales se fusionan en una región compuesta de células escamoides atípicas. Algunos autores consideran la metaplasia escamosa en el Carcinoma Basocelular como un signo de diferenciación, mientras que otros correlacionan este hallazgo con un comportamiento biológico más agresivo. Estas neoplasias tienen abundante mucina en los espacios intercelulares. Se puede producir degeneración quística en el centro de algunos islotes.

Carcinoma Basocelular Adenoideo

Se caracteriza por cordones entrelazados e islas de células basales de tamaño variable, rodeadas por un estroma mucinoso. El atrapamiento del estroma mucinoso anastomosado de filamentos de células y dentro de islotes de células produce la apariencia de estructuras tubulares como glándulas.

Carcinoma Basocelular Quístico

Los microquistes se encuentran comúnmente en los islotes de células basales en los carcinomas basocelulares sólidos, estos son el resultado de la necrosis de las células en la parte central de los islotes. Algunos carcinomas basocelulares muestran una imagen histológica única que merece la denominación "Quístico", estos tumores poco comunes consisten en uno o pocos grandes islotes de células basales en los que existe una laguna central grande que contiene restos amorfos y células epiteliales acantolíticas parcialmente degeneradas.

Carcinoma Basocelular Cornificante (Queratósico)

Raramente los carcinomas basocelulares demuestran la capacidad de cornificar, por lo general en el centro de los islotes basaloides, la queratina puede ser orto y/o paraqueratósica, estas lesiones pueden distinguirse del tricoepitelioma por la ausencia de formación de papila de pelo abortiva en ellos, la inusual presencia de retracción del estroma alrededor de los islotes de células basaloides y el predominio del componente epitelial sobre el estromal.

Carcinoma Basocelular Folicular (Infundibuloquístico)

El Carcinoma Basocelular Folicular, es una variante peculiar que ocurre en la cara. Estas lesiones característicamente son pequeñas, y son compuestos de agregados de células que contienen microquistes basaloides. Los microquistes tienen un delicado material laminado ortoqueratósico en ellos y a menudo muestran metaplasia escamosa alrededor de los quistes. Comparte características comunes con el Tricoepitelioma, pero se puede distinguir de varias maneras. En el carcinoma basocelular folicular (en contraste con el Tricoepitelioma), los agregados de células con frecuencia están en continuidad con la epidermis, el estroma comprende la minoría en vez de la mayoría del tumor, no hay reacciones a cuerpo extraño por la queratina.

Fibroepitelioma de Pinkus

Este tipo de carcinoma basocelular se compone de células basaloides como hojas de encaje, que se anastomosan en un estroma fibroso que parece edematoso. Las hebras de células basaloides emanan de la capa basal a la epidermis.

Carcinoma Basocelular Pigmentado

La pigmentación de melanina puede ocurrir en todos los tipos de carcinoma basocelular, con la posible excepción del tipo morfea. Sin embargo la mayoría de carcinomas basocelulares son del tipo sólido. Los melanocitos se intercalan entre las células basales y cantidades variables de melanina están presentes dentro del citoplasma de las células basales neoplásicas. Hay también numerosos macrófagos con pigmento de melanina en el estroma.

Carcinoma Basocelular con Patrón de Crecimiento Difuso

A diferencia del carcinoma basocelular nodular común, que se presenta clínicamente como una lesión en forma de cúpula, con bordes bien definidos, las lesiones de la variante de crecimiento difuso tienden a ser en forma de placa o planas, extendidas horizontalmente en la piel y tienen márgenes mal definidos. Estas lesiones tienden a tener una mayor tasa de recurrencia, porque se extienden insidiosamente más allá, del borde clínicamente visible o palpable.

Carcinoma Basocelular Superficial

Estos tumores muestran lóbulos de células basales atípicos dispuestos horizontalmente en la dermis papilar que tienen conexiones amplias con la epidermis, todos los islotes de células basales, contactan con la epidermis, los lóbulos de células basales muestran empalizada de las células basales periféricas igual que otros tipos de carcinoma basocelular. Un estroma fibrovascular delgado a menudo con una respuesta de linfocitos e histiocitos subyace los nidos tumorales.

Carcinoma Basocelular Morfeiforme

Los Carcinomas Basocelulares Morfeiformes son difíciles de tratar, debido a sus extensiones centrífugas insidiosas, lo que hace difícil determinar los márgenes a la inspección clínica o a la palpación. El estroma denso fibroso que compromete la mayoría del volumen del tumor, se opone al tratamiento por legrado. A menudo no existe ninguna conexión con la epidermis, y las estructuras epiteliales de los anexos son completamente borrados, hay pequeños nidos de células basaloides enredados en un estroma denso de engrosado haces de colágeno, la mucina es escasa a ausente, por lo que a menudo no hay evidencia de la retracción del estroma a las células epiteliales. Debido a que los nidos y cordones de las células son tan finos, no hay empalizada de células basales.

El carcinoma basocelular morfeiforme debe diferenciarse histológicamente del siringoma, tricoepitelioma desmoplásico, adenocarcinoma metastásico.

Carcinoma Basocelular Infiltrante

Estas lesiones carecen de una masa central cohesiva de islotes de células basales, como se ve en el carcinoma basocelular nodular, en lugar de ello consisten en islotes elongados y cordones de células basales atípicas que están muy separados, la empalizada puede estar presente pero a menudo no está bien desarrollada. El estroma puede ser mucinoso, edematoso, o fibrótico. Estos tumores se expanden periféricamente como el Carcinoma Basocelular Morfeiforme, pero típicamente muestran una extensión profunda, a prominencias subyacentes de tejidos blandos, mientras que el Carcinoma Basocelular Morfeiforme generalmente permanece confinado a la dermis reticular.

TRATAMIENTO

Para tratar el carcinoma basocelular contamos con un amplio arsenal terapéutico: raspado y electrodesecación, criocirugía, cirugía micrográfica de Mohs, radioterapia y cirugía convencional. Existe otra serie de procedimientos para los que aún no hay acuerdo definitivo en su eficacia: interferón, terapia fotodinámica, imiquimod o retinoides(26). Existen metaanálisis en el que se concluye que la primera opción de tratamiento es la cirugía, pero pese a los pocos estudios identificados que comparan técnicas en el tratamiento del carcinoma basocelular, la radioterapia se muestra como el segundo método con menor tasa de recurrencia. La escogencia del tratamiento debe realizarse según el tipo, localización y características histológicas, teniendo en cuenta la edad del paciente y su estado.²⁷

EXTIRPACION QUIRURGICA EXCISIONAL

Es la más utilizada, el objetivo es extirpar todo el tumor, indicado en Carcinoma Basocelular nodular y superficiales con márgenes bien delimitados, menores de 20mm, y que pueden ser extirpados con un margen de piel normal de 4mm. En áreas anatómicas donde es posible el cierre primario de la herida, (mejilla, cuello, tronco, extremidades).

EXTIRPACION QUIRURGICA (ELECTROFULGURACION Y CURETAJE)

Esta modalidad es favorecida por algunos dermatólogos, debe de ser realizada en circunstancias muy particulares, ya que tiene una recurrencia de hasta 40%.

Se utiliza en Carcinomas Basocelulares primarios de menos de 13mm, y que no estén localizados en zonas de alta recurrencia.

La electrocirugía debe de evitarse en:

Lesiones mayores de 13mm.

Lesiones alrededor de los ojos, nariz, orejas, labios, cuero cabelludo.

Lesiones ulceradas que lleguen a la dermis o grasa.

Lesiones morfeiformes.

Lesiones recurrentes.

La desventaja es que no existe control histopatológico para determinar márgenes de la herida.

CRIOCIRUGIA

Brinda porcentajes de cura que van del 94% al 98%, la base para practicarla es un conocimiento oncológico cutáneo, criobiología, y experiencia en criocirugía:

Indicaciones: Carcinoma Basocelular con márgenes bien delimitados, en tumores superficiales extensos, múltiples, tumores sobre cartílago, tumores sobre cicatrices de quemaduras, en áreas de predisposición a cicatriz queloide, tumores en áreas de poca movilidad de tejido, como parpado, nariz, orejas, frente y regiones temporales.

Particularmente útil en ancianos con alto riesgo operatorio.

RADIOTERAPIA

Es importante tener confirmación histológica del tipo de Carcinoma Basocelular. La dosis acumulativa se ajusta de acuerdo al tamaño y localización de la tumoración.

Indicaciones: Carcinoma Basocelular de cabeza y cuello mayores de 4cm, pacientes mayores de 60 años, tratamiento paliativo en ancianos con carcinomas muy avanzados, pacientes con terapia anticoagulante, pacientes con tendencia a queloides, áreas en que la cirugía pudiera dejar secuelas funcionales, y cosméticas importantes.

La desventaja es de que no tiene pruebas histopatológicas de que el carcinoma fue erradicado.

Aplicado en forma apropiada, la radioterapia ha dado como resultado tasas de curación de 5 años del 90 a 95%, no es un dato sorprendente que la tasa de curaciones disminuye a medida que aumenta el tamaño de la lesión.

CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS (CMM)

La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación en capas de tumores cutáneos seleccionados con los más elevados porcentajes de curación. Al mismo tiempo permite el máximo ahorro de tejido sano. Todo ello es posible gracias a la supervisión microscópica, que posibilita analizar el 100% de los bordes tumorales de cada una de las capas y así poder guiar al cirujano en las sucesivas persistencias tumorales hasta la completa extirpación del tumor. Las indicaciones de la CMM en carcinomas basocelulares son: 1. Por localización: en o alrededor de párpados, orejas, nariz, labios, pliegue

nasolabial, frente, cuero cabelludo, y zonas de fusión de pliegues embrionarios. 2. Subtipos histológicos: esclerosante, infiltrativo, micronodular, 3. Recurrencia, 4. Tamaño: Mayor de 2cm, afectación perineural, 5. Margenes mal definidos en zona de riesgo, El porcentaje de tejido sano que se puede ahorrar, en comparación con la cirugía clásica es de 180% en los tumores primarios y de 347% en los tumores recidivantes. El tratamiento de carcinomas basocelulares con CMM desde el año de 1947 encontro un porcentaje de curaciones a 5 años del 99%.

5 FLUOROURACILO (5FU)

Se usa para tratar los Carcinoma Basocelulares superficiales, algunos lo combinan con oclusión o han realizado curetajes antes de aplicarlo. No es efectivo para el Carcinoma Basocelular recurrente o invasor, aun cuando la profundidad del tumor sea de 1mm o menos.

El éxito es de 93% en Carcinoma Basocelular superficial, en los no superficiales el porcentaje es de 60%.

LASER

Se ha usado laser de dióxido de carbono, puede usarse de modo enfocado o incisional, para extirpar el tumor y para crear colgajos para reparar el efecto resultante.

Es ideal en el paciente que esta recibiendo anticoagulante, o que tiene un marcapasos.

TERAPIA FOTODINAMICA

Aplicación parenteral o tópica de un agente sensibilizante, que selectivamente es retenido en el tejido enfermo, se expone en área a una fuente de luz que estimula la fotosensibilización que daña las membranas celulares.

Hay un gran porcentaje de recurrencia que va de 3% a 44%.

EVOLUCIÓN

El riesgo a desarrollar un segundo carcinoma basocelular primario va desde un 36% a 50%. Los tumores recidivantes producen mayor destrucción local pero tienen pronóstico favorable no así los metastáticos cuya supervivencia es de 8 a 10 meses.²²

1. 3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Carcinoma Basocelular: Neoplasia maligna derivada de las células no queratinizante que se originan en la capa basal de la epidermis.
- Carcinoma Basocelular Nodular: Se presenta como una pápula o un nódulo traslúcido, por lo general hay telangiectásias y con frecuencia un borde acordonado.
- Carcinoma Basocelular Pigmentado: Se observa como una pápula traslucida hiperpigmentada que a veces puede estar erosionada.
- Carcinoma basocelular Superficial: Consiste en una placa eritematosa con frecuencia bien delimitada similar a un eccema.
- Carcinoma Basocelular Nodular: Se caracteriza por nódulos de células basófilas grandes y retracción del estroma

- Carcinoma Basocelular Micronodular: Son nidos tumorales pequeños, uniformemente redondeados que por regla general no hacen hendidura estromal. Pueden ser circunscritos o dispersos.
- Carcinoma Basocelular Superficial: Se caracteriza por múltiples nidos tumorales de células basaloides unidos a la epidermis y que se extienden solo a la dermis superficial, de forma habitual son dispersos.
- Carcinoma Basocelular Morfeiforme: Se caracteriza por pequeñas islas tumorales, alargadas, afiladas, inmersas en un estroma denso, fibroso, esclerosante, y de aspecto cicatricial.
- Carcinoma Basocelular Trabecular o Infiltrativo: Se caracteriza por la presencia de bandas, espículas o trabeculas tumorales elongadas invasivas. Presenta un frente de avance de límites mal definidos e infiltrativo. Es difuso.
- Carcinoma basocelular morfeiforme: Las lesiones pueden ser de color blanco marfil y asemejarse a una cicatriz.
- Fibroepitelioma de Pinkus: Se observa como una pápula rosada.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.

Tipo retrospectivo, descriptivo, observacional de corte transversal.

Diseño no experimental enmarcado en los estudios de diseño epidemiológico.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población.

Pacientes atendidos en el Consultorio de Dermatología del Hospital Regional Dr. Mariscal Llerena de Ayacucho entre Enero del año 2013 al mes de Diciembre del año 2014.

Muestra.

Se trabajó con todas las unidades de análisis que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. No se usará muestra.

Criterios de Inclusión:

- Paciente con diagnóstico histopatológico de Carcinoma Basocelular.

Criterios de Exclusión:

- Historia Clínica con datos incompletos o incongruentes.

2.3 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

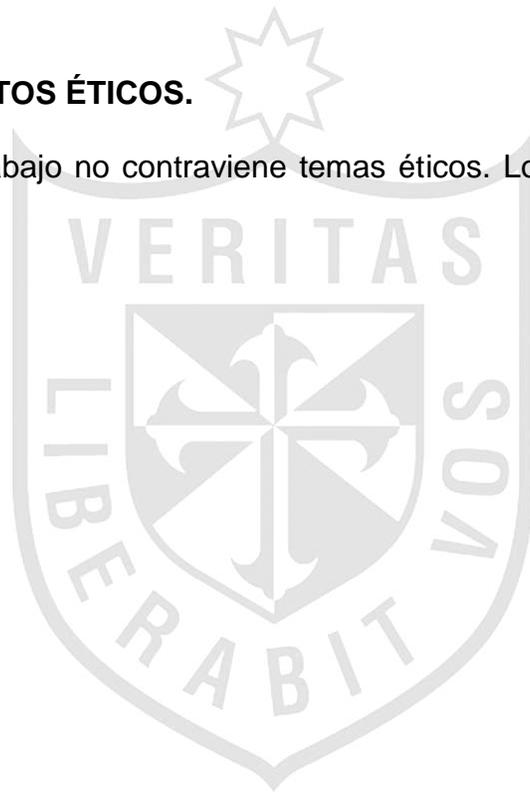
Se usó la ficha de observación y entrevista del anexo 1.

2.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.

La información se presenta en tablas y gráficos, se hizo uso del Excel 2013

2.6 ASPECTOS ÉTICOS.

El presente trabajo no contraviene temas éticos. Los datos se trabajan en forma anónima.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

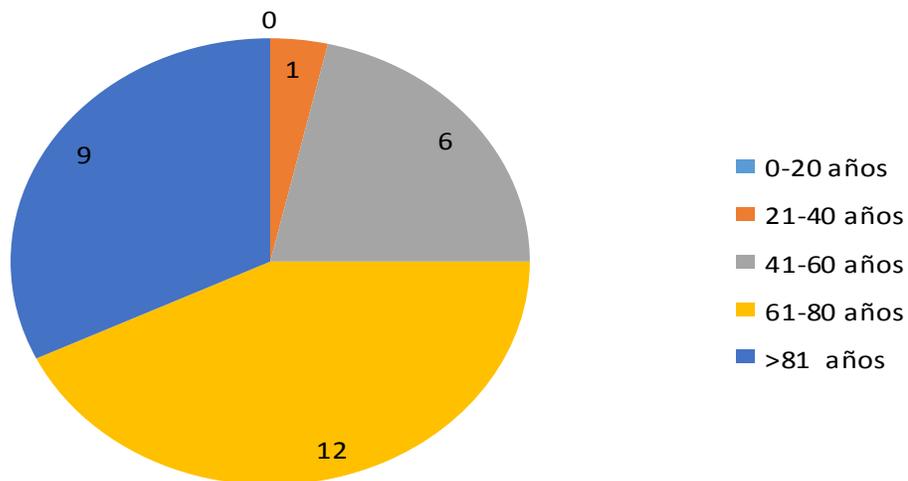
Se revisaron 28 Historias Clínicas que cumplían los criterios de inclusión de Carcinoma Basocelular. Los pacientes tenían un rango entre 38 y 92 años de edad. Se encontró que la mayoría estaba entre los 61-80 años (12) 42.8%, seguido del grupo > 81 años (9) 32.14%. (Tabla N 01)

**TABLA N 01 DISTRIBUCIÓN DEL CARCINOMA BASOCELULAR SEGÚN
EDAD - HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO- 2013/14**

HOSPITAL	EDAD										TOTAL	
	0-20		21-40		41-60		61-80		>81			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HRA	0	0.0	1	3.5	6	21.4	12	42.8	9	32.14	28	100

Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

GRAFICO N 1
EDAD DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA
BASOCELULAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO- 2013/14



Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

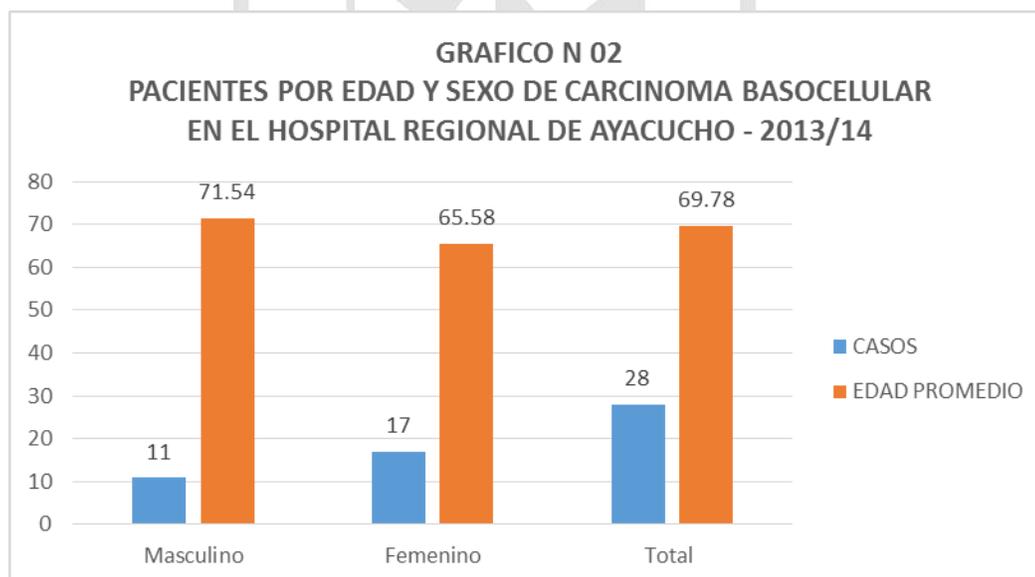
El sexo Femenino predominó con 17 casos (60.7%), superior al sexo Masculino con 11 casos (39.3 %) con una relación Masculino/ Femenino de 1.5. (TABLA N 02)

TABLA N° 02. DISTRIBUCIÓN DEL CARCINOMA BASOCELULAR SEGÚN GÉNERO - HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2013/14

HOSPITAL	GENERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%	N	%
HRA	11	39.3	17	60.7	28	100

Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

La edad promedio fue 69.78 años, el sexo Masculino con 71.54 años, y el sexo Femenino con 65.58 años (Grafico N 02)



Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

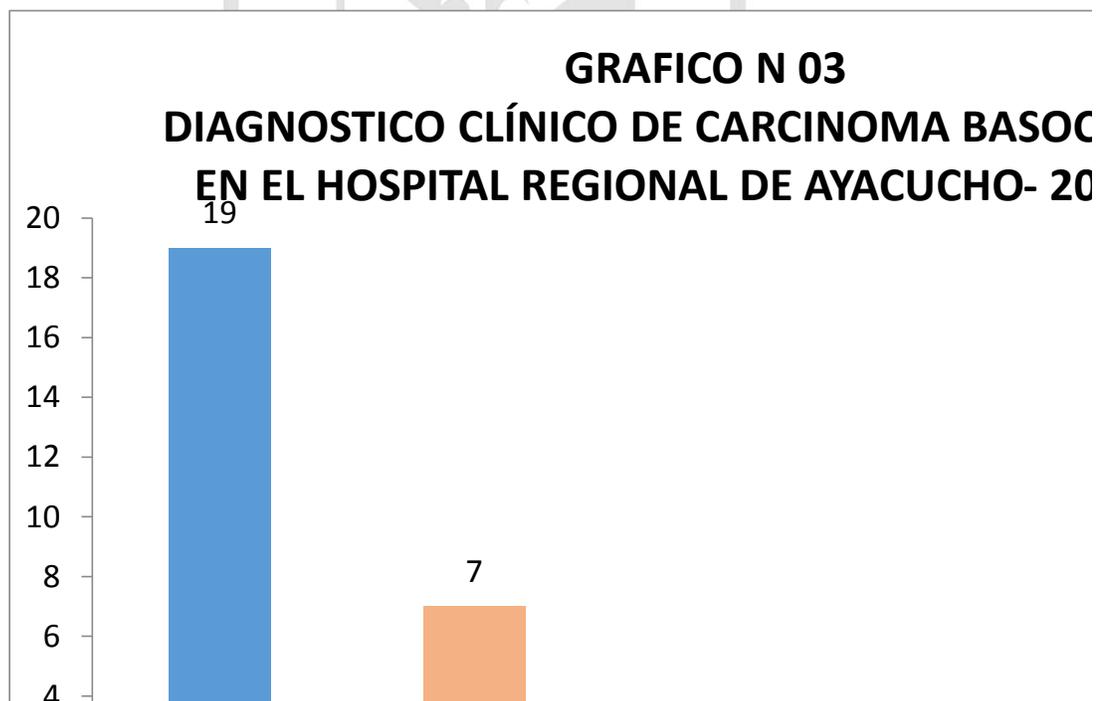
Con respecto a la localización de las lesiones, se encontró (27) 96.4%, en la cabeza, solo se encontró (1) 3.58% en el tronco. (Tabla N 03)

TABLA N° 03. DISTRIBUCIÓN DEL CARCINOMA BASOCELULAR SEGÚN GÉNERO - HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2013/14

HOSPITAL	LOCALIZACION								TOTAL	
	CABEZA		CUELLO		TRONCO		EXTREMIDADES			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	27	96.42	0	0	1	3.58	0	0	28	100

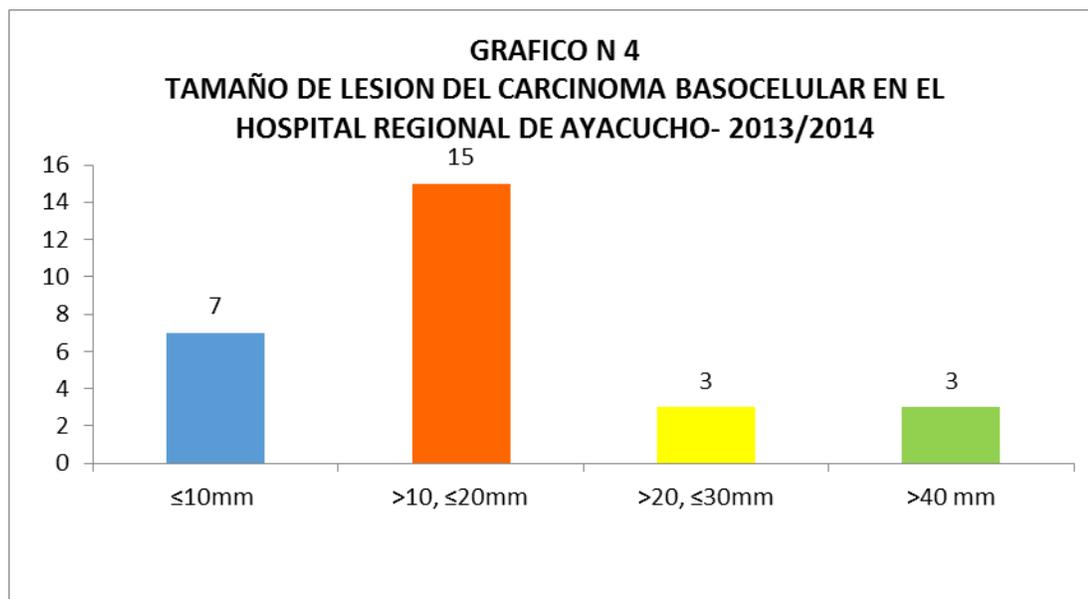
Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

En cuanto al diagnóstico clínico de los Carcinomas Basocelulares, (19) 70.3%, correspondieron al tipo Nodular, en segundo lugar se encontró el tipo pigmentado (7) 25%. (Gráfico N 03)



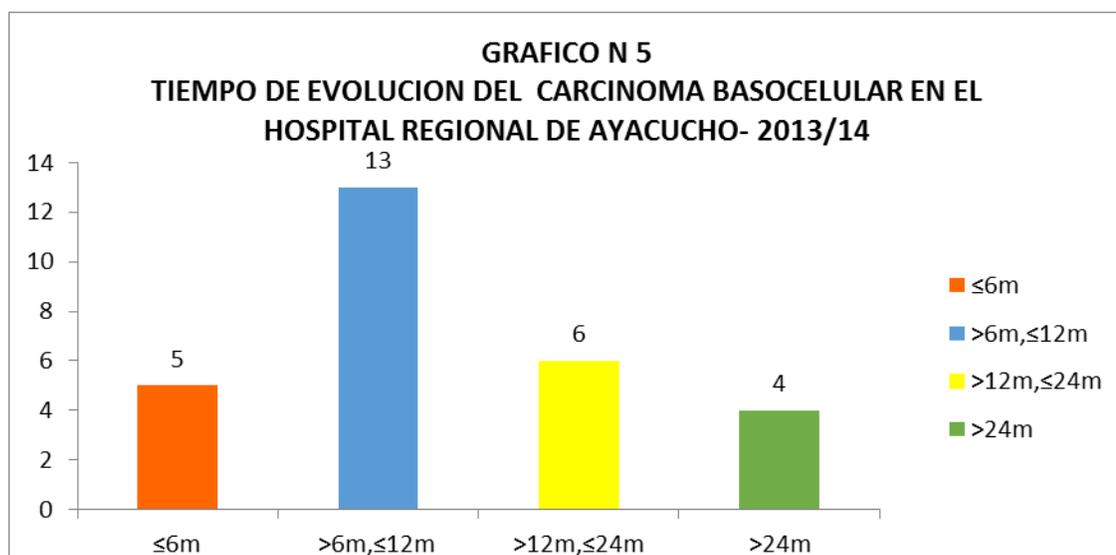
Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

El tamaño de la lesión que más predominó fue el $>10, \leq 20$ mm (15) 53.57%, y el segundo más frecuente el ≤ 10 mm (7) 25%. (Gráfico N 04)



Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

El tiempo de evolución que más casos reportó fue el $>6m, \leq 12m$ (13) 46.42%, $>12m, \leq 24m$ (6) 21.4%, $\leq 6m$ (5) 17.8%. (Gráfico N 05)



Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

El diagnóstico histopatológico más frecuentemente encontrado fue el tipo Sólido Infiltrante (8) 28.5%, y el Sólido Infiltrante Ulcerado (6) 21.4%. (Tabla N 04)

TABLA N 04. DISTRIBUCIÓN DEL CARCINOMA BASOCELULAR SEGÚN
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO - HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO-
2013/14

	N de Pacientes	Porcentaje
Superficial	3	10.7%
Micronodular	1	3.57%
Sólido pigmentado	3	10.7%
Sólido Infiltrante	8	28.5%
Sólido Pigmentado Infiltrante	3	10.7%
Sólido Infiltrante Ulcerado	6	21.4
Solido Pigmentado Ulcerado Infiltrante	4	14.28%

Fuente: Historias Clínicas - Hospital Regional de Ayacucho

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

A nivel mundial el Carcinoma Basocelular es el cáncer más común. En el Perú las neoplasias cutáneas constituyen la tercera causa de cáncer.⁵ Aunque el Carcinoma Basocelular se produce en todo el mundo, las estimaciones de su incidencia son imprecisas ya que no se cuenta con registros que recojan los datos de manera óptima.

En el presente trabajo desarrollado en un Hospital Regional se encontraron 28 casos de Carcinoma Basocelular en un periodo de 2 años, Kumar S. et al en una población de la India¹⁰ reportaron 36 casos en 3 años, inferior a lo reportado Kumakawa Z. et al.¹⁹ en un periodo similar en un hospital Nacional de Perú que encontraron 57 casos. La población en estudio en su gran mayoría proviene de la Región Ayacucho, localizada en la sierra del Perú, muchos de los casos son de personas carentes de acceso a servicios de salud, campañas de prevención, medios de comunicación. La prevalencia hallada en este estudio fue de 1.2%, superior a la encontrada por Kumakawa Z.¹⁹ que reportó 0.74% en un hospital nacional del país.

La edad promedio en nuestro estudio es de 69.7 años, similar a lo encontrado por Ferreira F. et al en Brasil¹³ con 68 años, Kumakawua¹⁹ en Perú reporta 70±6

años. Se encontró 12 pacientes en el grupo entre los 41 a 60 años, que representan el 42.8%, superior a lo reportado por Viñas et al.¹⁶ en una población en Cuba en con 29.3% en el mismo grupo etéreo, Kumar¹⁰, en la India reporta 38.95%. 21 pacientes mayores de 60 años, correspondiendo al 74.9%, porcentaje menor a lo reportado por Viñas et al.¹⁰ 78.3% en el mismo grupo de edad, pero superior a lo encontrado por Kumar¹⁰ 52.8%. Se conoce ampliamente el papel de la radiación ultravioleta como el factor más determinante en el desarrollo del carcinoma basocelular de ahí su presentación más frecuente en personas de mayor edad por el tiempo acumulado de fotodaño.²¹

En cuanto al sexo encontramos una relación mujer/hombre 1.54:1, predominando la población femenina con 60.7% de los casos, lo que difiere a lo encontrado por Kumakawa Z.¹⁹ que reportó 42.1% de los casos para la población femenina, similar a lo encontrado por Kumar¹⁰, donde también predominó la población femenina con 63.9% de los casos.

Con respecto a la localización, la cabeza con 96.4% fue el área más comprometida concordante a lo reportado por Kumar¹⁰ con 97.2% de los casos, y Kumakawa Z.¹⁹ con 91.2% de los casos. Esto concordante con la asociación de lesiones en áreas fotoexpuestas.

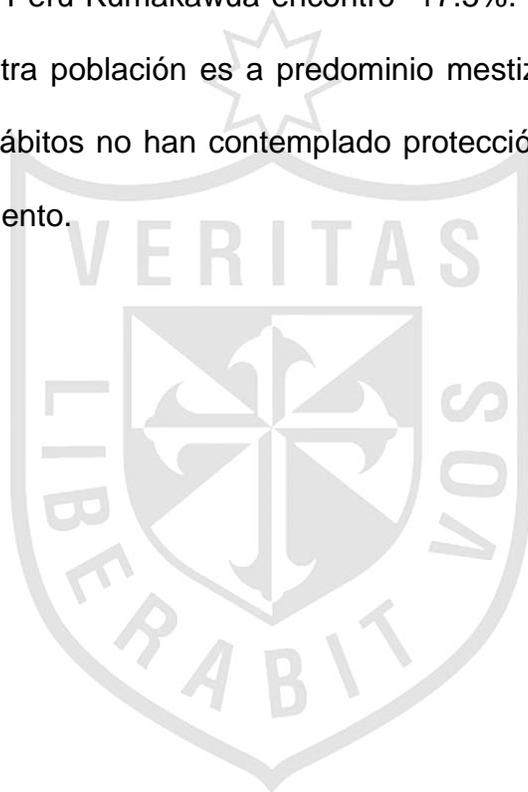
En cuanto al diagnóstico clínico, el tipo nodular con 19 casos (70.3%) fue el más frecuente, porcentaje algo menor a lo encontrado con Kumar¹⁰ con 77.8% de los casos y similar a lo reportado por Viñas¹⁶ con 71.8%; el segundo grupo más frecuente fue el tipo pigmentado con 7 casos (25%), superior a lo encontrado por Kumar¹⁰ con 22.2%.

El tamaño de la lesión encontrado que más predominó fue el $>10, \leq 20$ mm con 15 casos, (53.57%), seguido de ≤ 10 mm con 7 casos (25%), esto representa un factor de mal pronóstico en la mayoría de veces ya que casi la totalidad de casos se encuentra en el rostro; 78.5% de casos encontrados presentan menos de 20 mm en el diámetro mayor. Pese a las limitaciones en el acceso de un oportuno diagnóstico, el crecimiento lento de esta patología justificaría este hallazgo.

El tiempo de evolución al momento del diagnóstico, 13 casos (46.42%) correspondiente al grupo que comprende entre los 6 a 12 meses, llama la atención 18 casos (64.28%) informaron tener una evolución menor a los 12 meses, debido a la poca información con que cuenta la población sobre esta patología, probablemente puede ser por una inadecuada valoración del tiempo real de aparición.

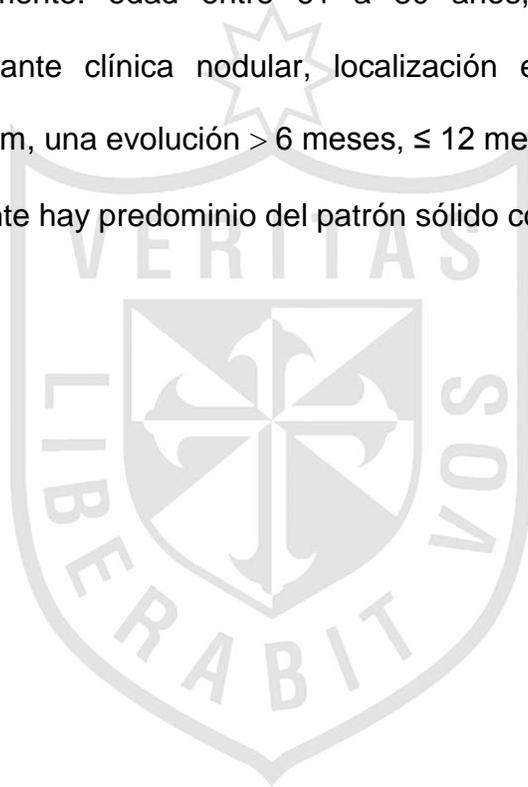
En cuanto al resultado histopatológico, se encontró mayor porcentaje en el patrón sólido con 24 de los casos reportados, (85.7%) cifra mayor a lo encontrado por

Kumar¹⁰ con 77.8%, en el Perú Kumakawua¹⁹ reportó 50% de los casos. Se reportaron patrones mixtos en su mayoría dentro de una sola muestra, siendo la asociación sólido infiltrante la más frecuente con 28.5% de lo reportado. El segundo tipo histológico reportado es el pigmentado con 10 casos (35.7%), porcentaje superior al reportado por Kumar¹⁰ con 16.7%; en el mismo patrón histopatológico, en el Perú Kumakawua encontró 17.5%. Las diferencias podrían atribuirse a que nuestra población es a predominio mestiza, su residencia es en región sierra, y sus hábitos no han contemplado protección alguna a la radiación solar por desconocimiento.



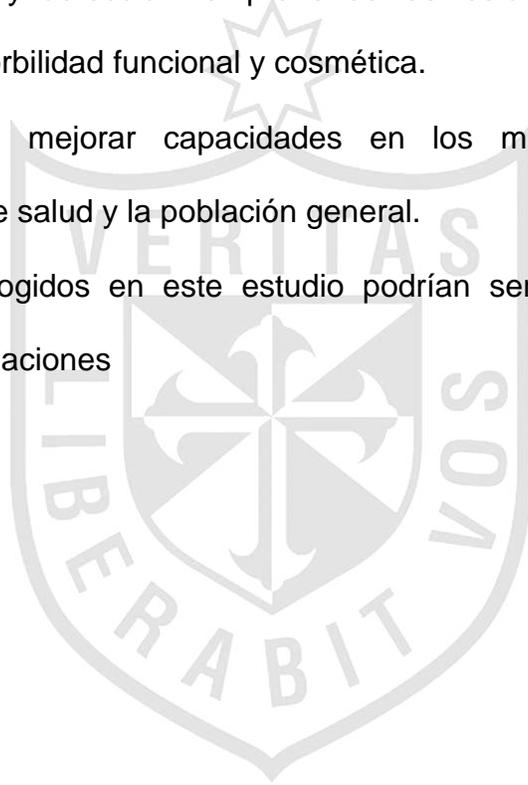
CONCLUSIONES

- La prevalencia del Carcinoma Basocelular en el Hospital Regional de Ayacucho es de 1.2%.
- Las características clínicas en los pacientes con carcinoma basocelular fueron mayormente: edad entre 61 a 80 años, predominio del sexo femenino, variante clínica nodular, localización en la cabeza, tamaño $>10\text{mm}$, $\leq 20\text{ mm}$, una evolución > 6 meses, ≤ 12 meses.
- Histológicamente hay predominio del patrón sólido con variantes mixtas.



RECOMENDACIONES

- Se exige la necesidad de la implementación de un programa nacional de detección obligatoria que incluya el examen de piel anual, por profesionales de la salud entrenados en la detección temprana.
- El tratamiento y detección temprana de las lesiones son cruciales para disminuir la morbilidad funcional y cosmética.
- Es importante mejorar capacidades en los médicos generales, los trabajadores de salud y la población general.
- Los datos recogidos en este estudio podrían servir de referencia para futuras investigaciones



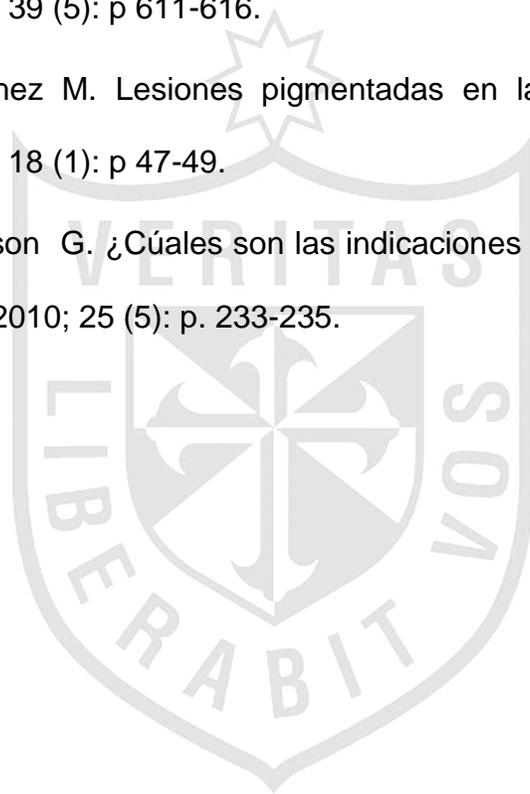
FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Netscher D. Basal Cell Carcinoma: An overview of tumor biology and treatment. *Plast. Reconstr. Surg.* 2004 Mayo; 113: p. 74-94.
2. Diapgen T. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol.* 2002; 146 (Suppl 61: 1-6).
3. Ransee M. Cáncer de piel. *Rev Fac Med UNAM.* 2003; 46(166-171).
4. Sánchez G. Incidencia de cáncer de piel en Colombia, años 2003-2007. *Piel.* ; 26(171-177).
5. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
6. Ortery H. Perfil epidemiológico de las neoplasias cutáneas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, agosto 2011 - julio 2012.. *Rev. Peru. Epidemiol.* 2014 Diciembre; 18.
7. Guy G. Prevalence and costs of skin cancer treatment in the u.s., 2002-2006 and 2007-2011. *Am J Prev Med.* 2015 Febrero; 48(2): p. 183-7.
8. Kopke L. Carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol.* 2002; 77: p. 249-82.

9. Chinem V. Epidemiology of basal cell carcinoma. An. Bras. Dermatol. 2011; 86(2).
10. Kumar S. A Study of Basal Cell Carcinoma in South Asians for Risk Factor and Clinicopathological Characterization: A Hospital Based Study. Journal of Skin Cancer. 2014.
11. Eisemann N. Non-Melanoma Skin Cancer Incidence and Impact of Skin Cancer Screening on Incidence. Journal of Investigative Dermatology. 2014 Agosto;; p. 43-50.
12. Wu S. Basal-Cell Carcinoma Incidence and Associated Risk Factors in US Women and Men. American Journal of Epidemiology. 2013, 178 (6): p. 890-897.
13. Ferreira FR. Differences in age and topographic distribution of the different histological subtypes of basal cell carcinoma, Taubaté (SP), Brazil. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2013; 88 (5): p. 728-32
14. Lomas A. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. British Journal of Dermatology. 2012; 166 (5): p. 1069-1080.
15. García MV. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Revista Cubana de Estomatología. 2011, vol.48, n.2, p. 121-128.

16. Nova-Villanueva J. Cáncer de Piel: Perfil Epidemiológico de un Centro de Referencia en Colombia 2003-2005. *Revista de Salud Pública*. 2007, vol.9, n.4, p. 595-601.
17. Lascano AR. Factores de riesgo para carcinoma basocelular. Estudio de casos-controles en Córdoba. *Medicina (B. Aires)*. 2005, vol 65, n 6, p 495-500.
18. Kumakawa Z. Prevalencia de neoplasias cutáneas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Período Enero 2002 - Diciembre. *Folia dermatol*. 2004; 15(3): p 161-166.
19. Falcón L. Tumores Malignos de la Piel: Estudio epidemiológico en el Norte del Perú. 1996; vol 7 (2): p. 13-23.
20. Andrade P. Epidemiology of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas in a Department of Dermatology - a 5 year review. *An Bras Dermatol*. 2012; 87 (2): p. 212-219.
21. C B. P53 protein and pathogenesis of melanoma and nonmelanoma skin cancer. 2008.
22. Kaet W. In Fitzpatrick: *Dermatología en Medicina General: Medica Panamericana*; 2009.
23. We Z. Rural-urban differences in behaviors to prevent skin cancer: an analysis of the Health Information National Trends Survey. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62 (6): p. 950-956.

24. Untyun W. Risk and protective factors for sporadic basal cell carcinoma: results of a two-centre case-control study in southern Germany. Clinical actinic elastosis may be a protective factor. *British Journal of Dermatology*, 151: p. 170–178.
25. Vlajinac H. Risk factors for basal cell carcinoma. *Acta Oncol.* 2000; 39 (5): p 611-616.
26. Sánchez M. Lesiones pigmentadas en la pirámide nasal. *Piel.* 2003; 18 (1): p 47-49.
27. Jhonson G. ¿Cuáles son las indicaciones de la Cirugía de Mohs? *Piel.* 2010; 25 (5): p. 233-235.



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION FICHA DE DATOS

EDADaños
SEXO	A Masculino B Femenino
DIAGNOSTICO CLINICO	A) Nódular B) Pigmentado C) Superficial D) Morfeiforme E) Quístico
TAMAÑO DE LA LESION	A) <ó =10mm B) >10,<ó=20mm C) >20,<ó= 30mm, D) >40 mm,
LOCALIZACION DE LA LESION	A) Cabeza B) Cuello C) Tronco D) Extremidades
EVOLUCION	A) <ó=6m B) >6m,<ó=12m; C) >12m,<ó=24m D) >24m
INFORME HISTOPATOLOGICO	A) Sólido, B) Metatípico, C) Adenoideo, D) Quístico, E) Queratósico, F) Folicular, G) Pigmentado, H) Superficial, I) Morfeiforme, J) Infiltrante, K) Micronodular

Fecha:.....

Realizó.....