

TITULO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOLÓGICA DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

Clinical and histological characterization of non-melanoma skin cancer

AUTORES

García Leyva Yanara. Hospital Especializado Dermatológico/Máster en Enfermedades Infecciosas, Especialista de 2do grado en Dermatología, La Habana, Cuba. Autor para correspondencia: yanara.garcia2009@gmail.com

González González Kenia. Hospital Psiquiátrico de La Habana/Especialista de 1er grado en Anatomía Patológica, La Habana, Cuba. keniagonzalez@infomed.sld.cu

Pérez López Albadío Samir. Hospital Especializado Dermatológico/Especialista de 1er grado en Anatomía Patológica, La Habana, Cuba. yanariel2009@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el cáncer de piel es una de las neoplasias más frecuentes en la población y se ha incrementado la incidencia en todo el mundo. **Objetivo:** caracterizar clínica e histológicamente el cáncer de piel no melanoma. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en pacientes con cáncer cutáneo no melanoma, atendidos en el Hospital Especializado Dermatológico, en el período de un año. La población objeto de estudio fueron 184 pacientes con este diagnóstico, quienes cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** el carcinoma basocelular se presentó en el 66,3% y el carcinoma epidermoide en el 33,7% de los pacientes. La media de edad fue de 63,9 años, y el sexo masculino el más afectado en el 54,9% en los casos con carcinoma basocelular. El fototipo cutáneo III fue el que prevaleció en el estudio. La exposición solar fue el factor de riesgo más importante. La localización anatómica más frecuente del carcinoma basocelular fue la cara (47,4%) y del carcinoma epidermoide en miembros superiores en el 14,1%. La forma clínica nodular del carcinoma basocelular (46,9%) y el carcinoma espinocelular invasivo fueron relevantes. El carcinoma basocelular sólido y el carcinoma epidermoide tipo queratinizante bien diferenciado, fueron los más frecuentes en el estudio histológico. La correlación clínico patológica estuvo presente en 98,4%, con un índice de kappa=0,41 y con un grado de acuerdo entre 0,41-0,60, que se consideró moderado. **Conclusiones:** la correlación clínico-patológica fue satisfactoria en el estudio, por lo que son de gran valor, las investigaciones sobre las características clínicas e histológicas del cáncer de piel.

Palabras clave: cáncer de piel; correlación clínico histológica del cáncer cutáneo; carcinoma basal; carcinoma epidermoide.

SUMMARY

Introduction: skin cancer is one of the most common neoplasms in the population and the incidence has increased throughout the world. **Objective:** to characterize non-melanoma skin cancer clinically and histologically. **Method:** an observational, descriptive, cross-sectional study was carried out in patients with non-melanoma skin cancer, treated at the Specialized Dermatological Hospital, over a period of one year. The study population was 184 patients with this diagnosis, who met the inclusion criteria. **Results:** basal cell carcinoma occurred in 66.3% and squamous cell carcinoma in 33.7% of the patients. The average age was 63.9 years, and the male sex was the most affected in 54.9% in cases with basal cell carcinoma. Skin phototype III was the one that prevailed in the study. Sun exposure was the most important risk factor. The most frequent anatomical

location of basal cell carcinoma was the face (47.4%) and squamous cell carcinoma in the upper limbs in 14.1%. The nodular clinical form of basal cell carcinoma (46.9%) and invasive squamous cell carcinoma were relevant. Solid basal cell carcinoma and well-differentiated keratinizing squamous cell carcinoma were the most frequent in the histological study. The clinicopathological correlation was present in 98.4%, with a kappa index=0.41 and a degree of agreement between 0.41-0.60, which was considered moderate. **Conclusions:** the clinicopathological correlation was satisfactory in the study, which is why research on the clinical and histological characteristics of skin cancer is of great value.

Keywords: skin cancer; clinical-histological correlation of skin cancer; basal cell carcinoma; squamous cell carcinoma

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es una de las neoplasias más frecuentes en la población y en años recientes, su frecuencia se ha incrementado en todo el mundo. Anualmente, se diagnostican más casos de cáncer de piel, que cáncer de mama, próstata, pulmón y colon juntos. ¹ Se clasifica en no melanoma (CPNM) y melanoma. Dentro del primer grupo vamos a encontrar principalmente al carcinoma basocelular y al carcinoma espinocelular. El carcinoma basocelular (CBC) es un tumor maligno de origen epitelial, exclusivo de la piel. Representa la malignidad más frecuente observada en individuos caucásicos y en individuos de fototipos claros; el 75 a 80 % de los cánceres de piel no melanoma, son carcinomas basocelulares que característicamente se desarrollan en áreas fotoexpuestas, representando hasta el 20 % en la región nasal. ²

El carcinoma espinocelular (CEC) es una neoplasia maligna que surge de las células queratinizantes y sus anexos; afecta piel y mucosas, tiene capacidad invasiva y puede producir metástasis a distancia. Es el segundo en frecuencia, después del carcinoma basocelular, se presenta típicamente en áreas fotoexpuestas de la piel, tales como la cara, cabeza, cuello, antebrazo y dorso de la mano, así como ubicaciones especiales como labio inferior, regiones anogenital y plantar y cavidad bucal. En la piel fotoexpuesta, lo más frecuente es que se desarrolle a partir de lesiones precursoras como la queratosis actínica. Representa aproximadamente entre 20 y 30 % de los cánceres de piel no melanoma. ³

Según informes de la Organización Mundial de la Salud, se diagnostican entre 2 a 3 millones de casos por año y es motivo de numerosos estudios y preocupación en países desarrollados como los de Norteamérica, Europa donde se diagnostican 98/100 000 personas-año y en Australia 1000/100 000 personas-año que sigue siendo el país con mayor incidencia de cáncer de piel y la tendencia se daría en países en vías de desarrollo, aunque la información es menor. ³

En la población estadounidense hay más cánceres cutáneos que todos los demás cánceres combinados. Se calcula que uno de cada cinco estadounidenses sufrirá cáncer cutáneo durante su vida (aproximadamente 95% serán CPNM).²

En Australia, el riesgo acumulado de tener, al menos, un CBC es del 70% en los hombres y del 58% en las mujeres a la edad de 70 años. En esta localización geográfica, el CEC suele aparecer con la mitad de la incidencia del CBC en los hombres y en torno a una tercera parte en las mujeres. ²

En general, los CPNM representan alrededor de un 96% de todos los cánceres de la piel. Según los datos del registro nacional del cáncer de Cuba, los tumores de piel representan el 23,4% del total de reportes de cáncer en el país. ⁴

El anuario estadístico de salud de Cuba del año 2018, reportó 10 207 casos, de ellos el 98.3 % corresponden a carcinomas de piel no melanoma. Específicamente del CBC se reportaron 6 912 casos (67.7% del total de los casos). El anuario del 2019 reportó una incidencia de 11 587 casos nuevos de cáncer de piel. ⁵

Los factores de riesgo más importantes para desarrollar un CPNM dependen de factores genotípicos, fenotípicos, personales y ambientales fundamentalmente la edad, género, tipo de piel y anexos, actividades laborales, hábitos personales y deportivos, etnia, lugar de residencia y patologías médicas, genéticas, relacionados a la exposición a la luz solar y su radiación ultravioleta (RUV). ⁶

El tratamiento de primera elección es la cirugía, para muchos la cirugía convencional y la cirugía micrográfica de Mohs constituyen una alternativa de primera línea, principalmente en aquellos casos en donde es necesario ahorrar tejido y existen las consideraciones para llevarla a cabo. ⁷

Existen otras alternativas disponibles donde se incluyen la electrocirugía y curetaje, la criocirugía, la radioterapia, la terapia fotodinámica, la quimioterapia, la inmunoterapia e interferones entre otras, todas con ventajas y desventajas. ⁸

Justificación

Cuba se sitúa dentro de los países de América Latina y el tercer mundo con mayor incidencia del cáncer de piel no melanoma, mostrando una tasa de 55,46 x 100 mil habitantes. Esta realidad, unida a la probabilidad de que en el año 2025 la cuarta parte de su población tendrá más de 60 años, lo hará más frecuente.

El cáncer de piel no melanoma es de muy baja mortalidad, debido a esto se le ha concedido poca importancia, aunque no se hallan entre las diez primeras causas de muerte por cáncer, sí ocasionan deformidades y afectación funcional. Ello se debe a que la mayoría aparece en sitios de la piel expuestos al sol (la cara, alrededor de los ojos y la boca, las orejas, entre otros). Sin embargo, esta enfermedad puede tener un gran poder destructivo, resaltan las repercusiones funcionales, laborales, económicas y sociales, además el carcinoma espinocelular al no diagnosticarse en etapas tempranas puede metastatizar y en algunos casos llevar a la muerte.

El gran número de casos diagnosticados en este período en el Hospital Especializado Dermatológico y que la incidencia de los tumores cutáneos aumenta cada año y afectan la morbilidad/mortalidad de la población, motivó a los autores la realización de esta investigación.

Pregunta científica

¿Cuáles serán las características clínicas e histológicas del cáncer cutáneo no melanoma, en los pacientes atendidos en el Hospital Especializado Dermatológico; en el período entre el primero de enero de 2022 a enero de 2023?

OBJETIVOS

General

Caracterizar clínica e histológicamente el cáncer cutáneo no melanoma en los pacientes atendidos.

Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas y clínicas en la población objeto de estudio.

2. Correlacionar el diagnóstico clínico e histopatológico del cáncer de piel no melanoma en la población estudiada.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en pacientes con cáncer cutáneo no melanoma, atendidos en el Hospital Especializado Dermatológico, en el período desde el 1ero de enero 2022 a enero de 2023.

Universo y muestra

La población objeto de estudio quedó constituida por 184 pacientes con diagnóstico de cáncer cutáneo no melanoma, que fueron atendidos en consulta de dermatología, en el período antes citado. Que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes con lesión sospechosa de cáncer de piel de tipo no melanoma, con 19 años y más, de cualquier sexo y con diagnóstico histológico de esta entidad.

Criterios de exclusión.

- Pacientes con lesión sospechosa de melanoma maligno.
- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes sin resultado de estudio histopatológico.

Operacionalización de las variables

VARIABLES	TIPO	DESCRIPCION	ESCALA	ESTADÍGRAFO DE ANÁLISIS
Edad	Cuantitativa continua	Según edad cronológica en años.	≥19 a 20 21 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 a 79 80 y más	Frecuencia % Promedio de desviación estándar. Mediana
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según sexo biológico.	Femenino Masculino	Frecuencia %
Fototipo cutáneo⁹	Cuantitativa ordinal	Según capacidad individual heredada para broncearse y la facilidad con las que se producen quemaduras ante las radiaciones solares.	I,II,III,IV,V,VI	Frecuencia %
Factores de riesgo⁹	Cualitativa nominal politómica	Según condiciones que puedan predisponer a la aparición del cáncer de piel.	Exposición solar Inmunodepresión Tabaquismo. Alcohol Infecciones víricas Dermatosis de larga evolución	Frecuencia %
Localización anatómica de la lesión	Cualitativa nominal politómica	Según región de piel afectada.	topografía	Frecuencia %

Diagnóstico clínico	Cualitativa nominal politómica	Según características clínicas de la lesión.	Formas clínicas del CBC Formas clínicas del CEC	Frecuencia %
Diagnóstico histológico	Cualitativa nominal politómica	Según resultado del estudio histológico realizado a la biopsia de piel.	Tipos histológico del CBC Tipos histológicos del CEC	frecuencia %

Técnicas y procedimientos

Técnicas de obtención de la información

Para la recolección de la información se elaboró una planilla de recolección de datos (Anexo 1). Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, así como el modelo de Registro Nacional de Cáncer (RNC), del Minsap (MOD 68-02-01), correspondiente a cada caso.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Con la información obtenida se confeccionó una base de datos en formato Excel de la Microsoft Office versión XP, que fue exportada al sistema SPSS versión 20.0 para su análisis.

Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas; como medida de tendencia central para las variables cuantitativas se utilizó la media aritmética. Para resumir la información de la muestra en estudio, se utilizó estadígrafos descriptivos como la media aritmética y la desviación estándar para todas las variables cuantitativas continuas y discretas que se analizaron.

Para analizar la concordancia entre los diagnósticos establecidos (clínico e histopatológico) se utilizaron tablas de contingencia empleando el índice Kappa. Los valores utilizados para determinar el grado de concordancia fueron: 0,00-0,20 insignificante; 0,21-0,40 mediano; 0,41-0,60 moderado; 0,61-0,80 bueno o sustancial; 0,81-1,00 muy bueno, casi perfecto.¹⁰ Para todas las variables cualitativas se calcularon los números absolutos y los porcentajes

Técnicas de discusión y síntesis

Se realizó el análisis de las referencias internacionales sobre el tema en los últimos cinco años para conocer los antecedentes de la temática investigada. La búsqueda se efectuó en la base de datos biomédica PubMed, Hinari, Lilacs, SciELO, Google Académico y Cumed, lo cual ayuda para descubrir relaciones y características generales del mismo. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó cumpliendo lo establecido por el Código internacional de Ética Médica (enmendado por la 35 asamblea Médica Mundial de Venecia, octubre de 1983), abarcando por tanto los cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se tuvieron en cuenta además los Códigos internacionales de Ética de la Investigación como el Código de Núremberg (Tribunal Internacional de Núremberg 1947) y la Declaración de Helsinki, teniendo en cuenta como premisas el respeto al anonimato del paciente a la autonomía y autodeterminación.¹¹

Este estudio fue examinado por la comisión de bioética y el Consejo Científico de dicho centro para la aprobación del mismo. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

RESULTADOS

De un total de 184 pacientes el 66,3% (122) fueron diagnosticados con carcinoma basocelular, en tanto que el 33,7% (62) presentaron el diagnóstico de carcinoma espinocelular.

Tabla 1. Distribución del cáncer cutáneo no melanoma, según variables sociodemográficas y clínicas. Hospital Especializado Dermatológico. 2022-2023.

Variables	CBC		CEC		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	70	38,0	31	16,8	101	54,9
Femenino	52	28,3	31	16,8	83	45,1
Total	122	66,3	62	33,7	184	100,0
Edad en años						
20 a 29	1	0,5	-	-	1	0,54
30 a 39	7	3,8	-	-	7	3,80
40 a 49	17	9,2	5	2,7	22	11,96
50 a 59	28	15,2	7	3,8	35	19,02
60 a 69	25	13,6	11	6,0	36	19,57
70 a 79	28	15,2	23	12,5	51	27,72
80 y más	16	8,7	16	8,7	32	17,39
Total	122	66,3	62	33,7	184	100,00
Fototipo Cutáneo						
I	4	2,2	1	0,5	5	2,7
II	52	28,3	32	17,4	84	45,7
III	63	34,2	28	15,2	91	49,5
IV	2	1,1	-	-	2	1,1
V	1	0,5	1	0,5	2	1,1
Total	122	66,3	62	33,7	184	100,0

Máxima: 91 años

n= 184 Pacientes

Mínima: 25 años

Media: 63,9 ±14,1 años

Fuente: Planilla de recolección de datos

Los pacientes en el grupo de edad entre 70 y 79 años predominaron en el estudio, con un total de 51 casos para un 27,7%; con una máxima de edad de 91 años y una mínima de 25. La media de edad es de 63,9 años con una desviación estándar de ±14,1 años.

El sexo masculino fue el más afectado con 101 casos (54,9 %), predominio que se resalta más en los casos con diagnóstico de CBC. En los casos con diagnóstico de CEC no hubo predominio en el género con 16,8% para cada uno. El 49,5% de la muestra pertenecían al fototipo cutáneo III, seguidos del fototipo cutáneo II con 45,7% para ambos tipos de tumores. (Tabla 1)

En el 100 % de la población en estudio se reportó el antecedente de exposición solar, seguido por el tabaquismo en un 47,3%, el cual se presentó con mayor proporción en pacientes con diagnóstico de CEC en el 14,7%. (Datos no mostrados)

En el estudio se diagnosticó un total de 192 lesiones, de estas, 91 (47,4%) estaban localizadas en la cara, característica común en el carcinoma basocelular. Le siguió en frecuencia las lesiones en miembros superiores (45; 23,4%), cuyo predominio fue mayor en los pacientes con carcinoma espinocelular (27; 14,1%). (Datos no mostrados)

De las lesiones localizadas en cara, la región nasal fue la estructura de mayor afectación, con el diagnóstico de carcinoma basocelular en el 15,6% de los pacientes. En los pacientes con diagnóstico de carcinoma espinocelular la localización que predominó fue las mejillas, en el 1,6% de los casos.

Tabla 2. Distribución del cáncer cutáneo no melanoma, según diagnóstico histológico del CBC. Hospital Especializado Dermatológico. 2022-2023.

Diagnóstico Histológico	Carcinoma basocelular					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sólido	22	17,6	13	10,4	35	28,0
Ulcerado	9	7,2	9	7,2	18	14,4
Sólido pigmentado	8	6,4	9	7,2	17	13,6
Sólido ulcerado	7	5,6	8	6,4	15	12,0
Adenoideo quístico	7	5,6	4	3,2	11	8,8
Infiltrante	5	4,0	4	3,2	9	7,2
Superficial	4	3,2	3	2,4	7	5,6
Pigmentado	3	2,4	1	0,8	4	3,2
Morfeiforme	1	0,8	2	1,6	3	2,4
Otros	2	1,6	4	3,2	6	4,8
Total	68	54,4	57	45,6	125	100,0

*un mismo paciente con más de una lesión

n*= 125 lesiones

Fuente: Planilla de recolección de datos

El diagnóstico histológico de CBC se presentó en 125 lesiones, la forma histológica sólida fue la de mayor prevalencia en el 28,0%, seguida de la forma ulcerada en un 14,4%. El sexo masculino fue el más afectado en (68; 54,4%). (Tabla 2)

El diagnóstico histológico de CEC se presentó en 63 lesiones. Predominó la forma Queratinizante bien diferenciada con (31; 49,2%); en tanto, que la forma queratoacantoma se afectó más el sexo masculino en el 12,7%. En general hubo mayor afectación del CEC, en el sexo femenino en 35 pacientes para un 55,6%. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución del cáncer cutáneo no melanoma, según diagnóstico histológico del CEC. Hospital Especializado Dermatológico. 2022-2023.

Diagnóstico Histológico	Carcinoma espinocelular					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Queratinizante bien diferenciado	10	15,9	21	33,3	31	49,2
Queratoacantoma	8	12,7	4	6,3	12	19,0
Bowen	2	3,2	5	7,9	7	11,1

Queratinizante moderadamente diferenciado	5	7,9	1	1,6	6	9,5
Queratinizante poco diferenciado	1	1,6	3	4,8	4	6,3
Otros	2	3,2	1	1,6	3	4,8
Total	28	44,4	35	55,6	63	100,0

*un mismo paciente con más de una lesión

n*= 63 lesiones

Fuente: Planilla de recolección de datos

La correlación clínico patológica, del total de 184 pacientes (100%), estuvo presente en 181 (98,4%). Con un índice de kappa= 0,41 y con un grado de acuerdo entre 0,41-0,60 que se considera moderado; como muestra la tabla 4.

Tabla 4. Distribución del cáncer cutáneo no melanoma, según correlación clínico patológica. Hospital Especializado Dermatológico. 2022-2023.

Correlación Clínico Patológica				
Tipo de tumor	Diagnóstico Clínico		Diagnóstico Histopatológico	
	n	%	n	%
Carcinoma basocelular	122	66,3	120	65,2
Carcinoma espinocelular	62	33,7	61	33,2
Total	184	100,0	181	98,4

Índice de Kappa= 0.41 moderado

n= 184 pacientes

Fuente: Planilla de recolección de datos

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Predominó el sexo masculino sobre el femenino, mayormente en los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, mientras que en los pacientes con carcinoma espinocelular la afectación se presentó por igual en ambos géneros. Estos resultados coinciden con lo reportado por la literatura, donde se considera como factor de riesgo el sexo masculino, al igual que coincide con lo reportado en el anuario estadístico cubano, que el cáncer de piel tiene mayor prevalencia en los hombres.^{4,5} Aunque en la actualidad hay autores quienes plantean que no hay predominio en cuanto al género y si existe, este suele ser mínimo.⁹

La mayor incidencia se presentó en pacientes entre los 50 y más años con marcado predominio en los adultos mayores de 70 y más años, para los dos tipos de tumores. Con una máxima de edad de 91 años y una mínima de 25, la media de edad es de 63,9 años con una desviación estándar de $\pm 14,1$ años. Estos resultados son similares a los que reporta la literatura consultada,² en la cual la edad es un factor de riesgo fuertemente asociado a la aparición del cáncer de piel, ya que a mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo mayor es la posibilidad de desarrollar un CCNM.

Los autores plantean que a medida que avanza la edad, aumenta gradualmente la frecuencia de las neoplasias cutáneas en ambos sexos, lo cual explicaría los resultados aquí obtenidos, además la esperanza de vida en la población cubana es 76,5 años para los hombres y es de 80,5 años para la mujer, según el Sistema de Información Estadística

Nacional de Demografía, para el 2019, ⁹ a esto se suma que Cuba se encuentra entre los países del Tercer Mundo más envejecidos, y es hoy el tercero de América Latina; La Habana, está dentro de las provincias que tienen un mayor número de ancianos. ¹²

Predominaron en el estudio los pacientes con fototipo cutáneo III, seguidos por los de fototipo II, esto coincide con la literatura en cuanto a que el cáncer de piel es más frecuente en personas con poca capacidad para el bronceado y de raza blanca o sea en los fototipos cutáneos bajos (I, II, III), lo cual se considera un factor de riesgo. ² Resultados que coinciden con estudios como: el realizado en México en donde el 53% (240) de casos con cáncer de piel, se presentó en los pacientes con fototipo III, al igual que en el estudio realizado en Camagüey, en donde predominó el fototipo de piel III, con 13 pacientes (59,1%), seguido del fototipo II en ocho casos (36,4%). ¹⁰

Los factores de riesgo que se presentaron fueron la exposición a la radiación solar, seguido por el hábito de fumar. Estos factores coinciden con los reportados por la literatura y los diferentes estudios en donde en la predisposición o desencadenamiento de un CCNM se ha descrito la participación factores genéticos, fenotípicos y medioambientales. Entre todos ellos, como factor de riesgo principal para el desarrollo de un cáncer cutáneo destaca la exposición solar crónica en pacientes con fototipo claro o con una especial sensibilidad. ²

De las lesiones localizadas en cara, la nariz para los pacientes con diagnóstico de CBC fue la región más afectada y para los pacientes con CEC fueron las mejillas la localización más frecuente. Resultados similares reportó Martínez Castro en Nicaragua, ¹⁰ donde 45.59% de las lesiones se localizaron en la cara, al igual que para Arce García el sitio anatómico más afectado fue la región facial con 140 pacientes (75%) para los dos tipos de tumores. ¹⁰

El tipo de cáncer de piel más diagnosticado fue el carcinoma basocelular, la forma clínica que predominó fue la nodular en más de la mitad de la muestra siendo el sexo masculino el más afectado con este tipo de tumor y para el carcinoma espinocelular la forma clínica más frecuente fue el carcinoma espinocelular invasivo afectando al sexo masculino. Estos resultados coinciden con lo reportado por la literatura, en la cual se refiere que los carcinomas queratinocíticos, en concreto el carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma epidermoide (CEC), constituyen la neoplasia maligna más frecuentemente observada en los sujetos de raza caucásica. En los sujetos de piel clara, aproximadamente el 75-80% de estas neoplasias malignas son CBC y hasta el 25% CEC. La incidencia de ambos sigue aumentando, lo que conlleva una mayor carga de morbilidad. ³

En cuanto a los tipos histológicos para el CBC la forma sólida fue la de mayor prevalencia, seguida por la forma ulcerada y la pigmentada, en cuanto al CEC la forma histológica más diagnosticada fue Queratinizante bien diferenciado, seguido del queratoacantoma y el Bowen. Resultados similares fueron obtenidos en la investigación realizada en México, donde los tipos histológicos más frecuentes fueron para el CBC, tipo sólido (82 tumores de 95) y CEC, moderadamente diferenciado (10 tumores de 21). ¹¹

El grado de acuerdo en la investigación fue considerado moderado, en el cual la correlación clínica e histológica estuvo presente en 181 pacientes de una total de 184 pacientes, la concordancia histológica para el CBC y el CEC se estuvo presente en más de la mitad de los pacientes. Con un índice de Kappa en 0.41 considerado moderado.

Resultados similares reportó Arce García en Nicaragua, donde la concordancia clínica e histopatológica resultó ser de 0.413 lo que corresponde una fuerza de concordancia intermedia. ¹³ Otro estudio realizado en Nicaragua por Martínez Castro, reportó la

concordancia que existe entre el diagnóstico clínico e histopatológico, utilizando el coeficiente de Kappa de Cohen fue de 0.790, teniendo un buen nivel de concordancia.¹⁴

CONCLUSIONES

El cáncer de piel no melanoma se presentó en una media de edad de 63,9 años, en más de la mitad de los casos predominó el CBC en el sexo masculino y el 50% de los estudiados con fototipo cutáneo III. La localización más frecuente del carcinoma basocelular fue en la cara y del carcinoma epidermoide en los miembros superiores.

La exposición solar fue el factor de riesgo más importante en los pacientes con cáncer de piel no melanoma.

En ambos sexos predominó la forma nodular del CBC e histológicamente la forma sólida, mientras que en el carcinoma espinocelular resaltó la forma invasiva, en las mujeres y en la histopatología la forma queratinizante bien diferenciada.

La correlación clínico patológica para el diagnóstico definitivo del cáncer de piel no melanoma, del total de los pacientes estudiados, se consideró moderada, considerándose adecuada para el estudio del cáncer cutáneo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Páramo O., Medina F. Todos tenemos predisposición al cáncer de piel. Revista UNAMglobal.mx [Internet]. 2018 [citado 8 de abril 2018] Disponible en: <https://unamglobal.unam.mx/todos-tenemos-predisposicion-al-cancer-de->
2. Soyer P., Rigel D., McMeniman E. Queratosis Actínica, Carcinoma basocelular y Carcinoma Epidermoide. En: Jean L. Bologna, Julie V. Schaffer y Lorenzo Cerroni. Dermatología. 4ta. Ed. España. Editorial Elsevier España, S.L.U. 2019; p 1872-1893.
3. Figueroa García L., Figueroa García M., Sotolongo Díaz D., Roque Morgado M., Mirabal Sánchez H., González López M. Diagnóstico dermatoscópico y correlación clínica e histopatológica del carcinoma espinocelular. Folia Dermatológica Cubana. [Internet]. 2018 [citado 8 de abril 2018]; 12(3):140 Disponible en: <http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/140/127>
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: MINSAP [Internet]. 2018 [citado 8 de abril 2019]; Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019-compressed.pdf>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: MINSAP [Internet]. 2019 [citado 20 de mayo 2019]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electrónico-Español-2019-ed-2020.pdf>
6. Schwartz R., Schwartz R. Cáncer de piel no melanoma en cabeza y cuello. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet]. 2018 [citado 20 de mayo 2019]; 29(4) 455-467. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.007>
7. Kawasumi M., Nghiem P., Carcinogénesis por radiación ultravioleta. En: Wolff K., Goldsmith LA., Katz S., Gilchrest B., Paller A., Leffell D. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 9va Ed. España. Editorial Panamericana. 2018; p.1255-56.
8. Piña Rodríguez Y., Piña Russinyol J.J., Piña Rodríguez J.J., Castro Morillo A.M., Darias Domínguez C. Dermatoscopia para establecer márgenes quirúrgicos mínimos en la resección de carcinomas basocelulares. Rev. Med. Electrón. [internet]. 2018

- [citado 5 de junio 2019]; 40(1): 110-11 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me181l.pdf>.
9. Tornés Bernal M., Díaz Rodríguez Y., Reynosa Navarro E. Envejecimiento poblacional en Cuba: rol de los medios informativos nacionales. "UCV HACER" Rev. Inv. Cult. [Internet]. 2020 [citado 15 enero 2020];9(2)20: 65-74. Disponible en: <https://www.aacademica.org/ern/15>
 10. SAMIUC. [Internet]. 2020 [citado 15 de enero 2020]; <https://www.samiuc.es/estadisticas-variables-binarias/medidas-de-concordancia/kap>
 11. Hincapié Sánchez J., Medina Arellano M.J. Bioética: teorías y principios 1ª ed. México. UNAM libros digitales. [libro en internet]. 2019 [citado 10 de abril 2020]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6006/1.pdf>
 12. Fernández Martori M. Morbilidad por tumores malignos de piel por diagnóstico histopatológico. Colón, Matanzas. 2010-2015. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 [citado 15 de enero 2020]; 40(4): 946-957. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me184c.pdf>.
 13. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el cáncer. [Internet]. 2018 [citado 15 de mayo 2020] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
 14. Ortega-Portillo R., Peniche Castellanos A., Fierro Arias L., Ponce Olivera R., Arellano Mendoza I., Estudio epidemiológico y clínico de carcinoma epidermoide de alto riesgo en un centro hospitalario. Dermatol. Rev MEX [internet]. 2018 [citado 16 de junio 2020]; 62(2):92-100. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2018/rmd182c.