

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICA DOCENTE SUR CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento del Carcinoma Epidermoide en el área Sur Ciego de Ávila en el periodo 2012-2016

Autora: Dra. Yoalis Vázquez Arias

2017

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICA DOCENTE SUR CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento del Carcinoma Epidermoide en el área Sur Ciego de Ávila en el periodo 2012-2016

**Tesis en opción al título de Especialista en Primer grado de
Medicina General Integral.**

Autora: DraYoalis Vázquez Arias

Aspirante a Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral

Tutora: Dra. Maily Bárbara del Río Ysla

Especialista en Primer Grado Dermatología. Profesora auxiliar.

2017

PENSAMIENTO

*...HERMOSO ES QUE EL HOMBRE HONRE SU
ALMA ENTREGÁNDOLA AL QUE LA NECESITA...*

ANÓNIMO.

DEDICATORIA

- ❖ A mi madre por el sacrificio que ha tenido que enfrentar en este largo camino de mi vida profesional, que con su amor hace que todo lo malo desaparezca.
- ❖ A mi hija por su sonrisa y por el sentido que le da a mi vida.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mi tutora Dra. Maily Bárbara del Río Ysla que con su amor profesional, paciencia y ardua labor día a día ha hecho posible la realización de este trabajo.
- ❖ Al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Provincial por su colaboración.
- ❖ A la Dra. Mirla Sotolongo Martínez, por sus consejos oportunos y el apoyo incondicional en la realización de este trabajo.
- ❖ A la Lic. Noemí Cruz Morales, por su paciencia, en las búsquedas de la literatura.
- ❖ A la revolución por darme la oportunidad de formarme como médico y especialmente a nuestro comandante eterno Fidel Castro Ruz.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:	1
OBJETIVOS:	6
MARCO TEÓRICO:	7
MATERIAL Y MÉTODO:	12
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:	17
CONCLUSIONES:	28
RECOMENDACIONES:	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	30

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal para describir el comportamiento del Carcinoma Epidermoide en pacientes pertenecientes al área de salud Sur del municipio Ciego de Ávila, en el periodo comprendido desde el año 2012 hasta el 2016. El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes que asistieron a la consulta de Dermatología del Policlínico Sur en el periodo de estudio. La muestra corresponde con los 38 pacientes diagnosticados con Carcinoma Epidermoide según criterio clínico/histológico y de inclusión y exclusión.

Las variables a emplear en el estudio fueron: grupos de edades, sexo, color de la piel, fototipo de piel, localización anatómica de las lesiones, grado de diferenciación del tumor efectividad de la resección quirúrgica del, incidencia del Carcinoma basal, año del diagnóstico. Se observó como resultado que este tipo de carcinoma incide con mayor frecuencia en la tercera década de la vida, evidenciándose un aumento a medida que lo hace la edad. Predominando en el sexo femenino, afectando a las personas de piel blanca, fundamentalmente a las de fototipo II y III. La región del cuerpo más afectada fue la V del escote, el grado de diferenciación que predominó fue el bien diferenciado. Se logró en más de la mitad de los pacientes una recepción completa. La incidencia del Carcinoma Epidermoide fue menor que la del Carcinoma Basal, no obstante a nivel mundial y en nuestro país su incidencia continua en aumento según transcurre el tiempo.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma Epidermoide, (CEC).Cáncer cutáneo no melanoma (CCNM).

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma Epidermoide (CEC) es el segundo tipo de cáncer de piel que existe, se trata de un verdadero carcinoma con origen aparente en la propia epidermis. Desde ella, se infiltran hacia la profundidad tractos irregulares de células espinosas atípicas, anaplásicos. Tras esta fase de infiltración y de destrucción local se disemina por metástasis, primero a los ganglios regionales, luego en fase final y por vía hematógena a las diferentes vísceras. Por lo general, se forma en la piel que se expuso a la luz solar, pero se puede presentar en cualquier parte del cuerpo. ⁽¹⁾

Es el cáncer más frecuente junto con el de pulmón, mama, colon y próstatas, se sabe que ha aumentado su frecuencia a nivel mundial. En Cuba hay un subregistro de casos ya que la mayoría de ellos no causan mortalidad y son tratados sin estudios histopatológicos confirmatorios. A pesar de esto desafortunadamente los pacientes con tumores en piel acuden en etapas muy avanzadas. ⁽²⁾

Predomina en la cara (alrededor del 50%), de ésta en labio inferior, mejillas y pabellones auriculares. Le siguen en frecuencia las extremidades, principalmente superiores, siendo más común en el dorso de la mano. Puede verse en genitales, mucosa oral y anal. El de pene es frecuente, se relaciona con mala higiene y en no circuncidados. ⁽²⁻⁶⁾

Australia, con una incidencia de 726 casos por 100 000 habitantes es el país que presenta la mayor cantidad de enfermos a nivel global. El porcentaje anual de incidencia de los CEC aumentó considerablemente en los últimos diez años, variando de acuerdo con los diferentes países, sexo y razas (por ej. 51% de aumento en los últimos 5 años en Australia). ⁽⁷⁾

La frecuencia de CEC de la piel varía también de acuerdo con la localización geográfica, en personas de piel blanca que residen en zonas de clima frío es del 10.5 por 100.000 de población por año (Finlandia), mientras que asciende a 375 por 100.000 personas-año en zonas cálidas y soleadas (Australia). ^(7,8)

En Europa, la incidencia del CCNM (cáncer cutáneo no melanoma) se incrementa del 3 % al 6 % cada año, mientras que en los Estados Unidos aumentó en un 200 % en

los pasados treinta años y en la actualidad corresponde a 150 casos por 100 000 habitantes. A pesar de que esta neoplasia cutánea maligna no exhibe cifras altas de mortalidad, su morbilidad constituye un importante problema de salud que genera grandes costos en su tratamiento. En países como los Estados Unidos el costo anual del tratamiento es de aproximadamente 500 millones de dólares. ⁽⁹⁻¹⁴⁾

Se podría deber a la mayor incidencia de la radiación ultravioleta sobre la superficie de la tierra y a la respuesta de los tipos de piel de los pacientes que habitan en nuestro país. La relación hombre: mujer fue significativa en el CEC, siendo dos veces superior a la reportada en las otras regiones antes mencionadas. La explicación encontrada podría ser que la ubicación geográfica, la altitud y la actividad laboral exponen a los hombres más a la radiación. ⁽¹²⁾

Según los datos que se disponen del hospital clínico universitario de Granada, la incidencia más alta del mundo se observa en la población de origen europeo de Harare (Zimbawe), y en Europa, en Ginebra (Suiza); entre los registros españoles, las tasas más elevadas, tanto en varones como en mujeres, corresponden al registro de cáncer de Mallorca, donde ocupa el quinto lugar a escala mundial. ⁽¹⁰⁾

Desde 1999, los miembros de la Sociedad Brasileña de Dermatología están conscientes del urgente problema de salud que representa el cáncer cutáneo no melanoma. ⁽⁹⁾ En un estudio retrospectivo, que abarcó los años 1992-1998, en el Servicio de Salud Aconcagua, en Santiago de Chile, se observó un aumento en las tasas de incidencia de CEC de un 86% que podría ser explicado por una mayor radiación solar acumulativa que sufren las personas que viven en esa región. ⁽¹¹⁾

Un estudio realizado en la provincia de Mendoza, República Argentina, entre los años 1982 y 1999, se encontraron 326 casos de cáncer de piel, de los cuales 71 correspondieron a CEC. La relación CBC/CEC fue de 3:1, mayor que en Noruega, Estados Unidos, Australia y Reino Unido. En Japón se compararon la incidencia y la prevalencia de las queratosis actínicas y del CEC en una ciudad localizada en la región central de la Isla de Honshu, Región de Kinki, llamada Kasai City (34grados 56'N) y en un grupo de islas localizadas al Sur de la Isla del Japón, denominada Le-island (25 grados 10'N), en 1993⁽⁹⁾

En los últimos 50 años, los países de América Latina y el Caribe han experimentado cambios demográficos y epidemiológicos que provocan un aumento absoluto o relativo de las enfermedades no transmisibles como el cáncer. Los procesos neoformativos cutáneos en su conjunto ocupan en nuestro país el segundo lugar en la tasa general del cáncer, con una tasa anual de 16,8 por 100 000 habitantes, dichas cifras no reflejan su real incidencia ya que algunas lesiones se diagnostican y se tratan con citostáticos tópicos, electrofulguración y radioterapia superficial, sin la realización de una biopsia de piel para el estudio histológico de la muestra, que es la única prueba diagnóstica confirmativa de cáncer de piel, por lo que no son reportados, ni pasan al Registro Nacional de Cáncer .⁽¹⁵⁾

El cuatro de febrero de 2011, “Día mundial de lucha contra el cáncer”, se desarrolló por primera vez en todo el país una campaña nacional de educación y pesquisa de lesiones malignas y premalignas de la piel. En junio del mismo año, el presidente de la Sociedad Cubana de Dermatología declaró que desde finales de la década de los 90 del pasado siglo, Cuba registra un aumento considerable de la incidencia del cáncer de piel, por lo que se considera indispensable aplicar una estrategia para su prevención.

Estas declaraciones se corresponden con los datos de morbilidad del cáncer de piel que aparecen en el Registro Nacional del Cáncer, donde puede constatarse que en el transcurso de las últimas décadas su incidencia se ha acrecentado marcadamente. Considera que aunque el cáncer cutáneo no melanoma es reconocido por las autoridades sanitarias como un problema de salud actual, las estrategias llevadas a cabo en el ámbito nacional para la prevenir su aparición y el desarrollo de complicaciones aún son insuficientes.

El cáncer de piel no melanocito representa mundialmente un serio problema, tanto en términos de salud como económico y social. Anualmente se diagnostican entre dos y tres millones de nuevos casos, con cáncer cutáneo no melanoma por lo que el número de pacientes ha llegado a superar a los afectados por cáncer de pulmón, mama, colon, recto, próstata, vejiga y todos los tipos de linfomas.⁽⁹⁾

En Cuba se han efectuado múltiples trabajos descriptivos sobre el cáncer cutáneo no melanoma, que han sido desarrollados o asesorados por profesionales de diversas

especialidades médicas (Dermatología, Cirugía General, Cirugía Bucal y Maxilofacial, Medicina General Integral, Oncología, Anatomía Patológica y Otorrinolaringología, entre otras).^(9,14-16)

En 1996, Larrondo y colaboradores señalaron la importancia de educar a la población en lo referente a una adecuada exposición al sol, el cumplimiento de las medidas de protección e higiene del trabajo, el tratamiento especializado, así como la dispensarización y la observación periódica de los pacientes. Además, destacaron el valor del examen físico periódico por parte del médico de atención primaria de salud y la necesidad del autoexamen de piel en las personas con riesgo de padecer la enfermedad.⁽¹⁷⁾

La forma más importante de reducir el riesgo de desarrollar un cáncer de la piel no melanoma es evitar exponerse sin protección a los rayos solares y a otras fuentes de luz ultravioleta. La manera más sencilla de evitar la exposición excesiva a la luz ultravioleta es mantenerse alejado del sol y a la sombra siempre que sea posible. Esto se puede aplicar tanto en periodos veraniegos como el resto del año, ya que efectos del clima, como la nubosidad o la nieve, no reducen la incidencia de la radiación solar por completo. Es importante que esta precaución se tenga desde la infancia, pues se ha demostrado que el 80 por ciento de los daños que el sol puede causar en la piel ocurren antes de cumplir los 18 años.⁽¹⁸⁾

Algunas recomendaciones para prevenir la aparición de este tipo de cáncer son:

- Vestir con camisa y un sombrero de ala ancha permite aumentar la protección frente a la radiación solar. Por lo general, las telas de tejido apretado ofrecen también mejor protección.
- Respecto a las gafas de sol, los expertos recomiendan utilizar aquellas que tienen un porcentaje de absorción de rayos ultravioleta de un 99 a un cien por ciento, ya que permite proteger de forma adecuada los ojos y el área de piel alrededor de los mismos.
- Por otro lado, los especialistas recomiendan cubrir las zonas más sensibles que están expuestas a los rayos solares durante todo el año. El 85 por

ciento de los tumores malignos aparece en la cara, el escote y el cuero cabelludo.

- Utilizar siempre una crema de protección de factor 15 o más en las áreas de piel expuestas al sol, particularmente cuando la luz es intensa. Las personas de piel clara y las que se queman con facilidad deben aplicar la loción anti solar con mayor frecuencia.
- Para que la protección sea eficaz, la protección debe aplicarse antes de la exposición al sol y en todas las áreas de la piel visibles. Muchas lociones anti solares pierden eficacia cuando la persona suda o nada y deben aplicarse de nuevo para que ofrezcan el máximo nivel de protección.
- Los expertos insisten que la crema debe aplicarse aunque el día esté brumoso o el cielo esté cubierto de nubes ligeras o poco compactas, ya que la luz ultravioleta puede atravesarlas.
- No utilizar cabinas bronceadoras.

El cáncer de piel en esta comunidad constituye un frecuente problema de salud que debe ser afrontado de forma adecuada desde la Atención Primaria de Salud por parte del personal médico. El auxilio de guías prácticas y de escalas pronósticas contribuye a perfeccionar la calidad de la atención a estos pacientes, desde el consultorio del médico de familia hasta el paciente. ^(1,3)

Problema y Justificación del estudio: El incremento de un número cada vez mayor de pacientes con Carcinoma Epidermoide y la inexistencia de un estudio anterior sobre esta patología en el área sur de atención primaria del municipio Ciego de Ávila nos motiva a realizar esta investigación con el objetivo de determinar el comportamiento clínico/histológico del carcinoma epidermoide. Servirá de base para futuras investigaciones, como en la aplicación del HeberFERON, una combinación de IFN-alfa 2b y gamma recombinante útil en el tratamiento de tumores en la piel que va evitar cirugías, procedimientos que a menudo ponen en peligro la belleza y la autoestima de la persona. Además evitará posibles complicaciones quirúrgicas infecciones.

OBJETIVO GENERAL:

Describir el comportamiento del carcinoma epidermoide el área de salud Sur del municipio Ciego de Ávila en el periodo 2012-2016.

OBJETIVO ESPECIFICO

- 1.- Describir la muestra de estudio según variables sociodemográficas: grupos de edades, sexo, color de la piel y el fototipo de piel.
- 2.- Identificar la localización anatómica más frecuente del Carcinoma Epidermoide y el grado de diferenciación en que se presenta.
- 3.- Determinar la efectividad de la resección quirúrgica.
- 4.- Comparar la incidencia del Carcinoma Epidermoide con respecto al Carcinoma Basal.
- 5.- Determinar la distribución de pacientes según el año en que se realizó el diagnóstico.

MARCO TEÓRICO

Desde la Antigüedad, figuras cumbres en la historia universal de las Ciencias Médicas se han referido al cáncer cutáneo no melanoma de manera disímil y controvertida, por lo que la enfermedad ha sido conceptualizada, descrita y tratada de múltiples formas. Los primeros reportes sobre la existencia del cáncer cutáneo no melanoma se remontan a estudios realizados en momias del antiguo Egipto. Durante el siglo XIV se le conoció como “noli me tangere”, que significa “no deseo que me toques”.⁽⁹⁾

En 1827, el médico irlandés Arthur Jacob, citado por Levinsky, Carmenian y Kunnter, caracterizó al Carcinoma Espinocelular es conceptualizado como un proceso oncoproliferativo de células epidérmicas, que retienen algunas características de la epidermis suprabasal normal y posee diferentes grados de malignidad. Sus características más importantes son la anaplasia, el rápido crecimiento, la destrucción tisular local y su capacidad para hacer metástasis. Numerosos son los factores que intervienen en la aparición de la enfermedad y por tanto, diversa es su etiología. No parece existir un fenómeno único responsable, pero sí la asociación de varios que a lo largo de los años conducen a la formación del cáncer cutáneo.⁽⁹⁾

En 1875, Thiersch, citado por Leiter y Garbe estableció por primera vez el efecto nocivo de las radiaciones solares sobre la piel y destacó su importancia en el desarrollo del cáncer cutáneo lo que fue reafirmado por Unna en 1894. Actualmente se conoce que la radiación ultravioleta es la causa más importante, principalmente en individuos que poseen una predisposición genética y características fenotípicas que los hacen vulnerables. Las radiaciones ultravioletas A (320 – 400 nm) son 20 veces más abundantes que las ultravioletas B (290 – 320 nm) y potencian el efecto deletéreo de estas últimas que ostentan una acción carcinogénica 1 600 veces mayor.⁽¹⁹⁾

Las mediciones de la capa de ozono han mostrado una disminución de su grosor en los estratos más altos de la atmósfera, esto ocasiona que la radiación ultravioleta que llega a la superficie terrestre haya aumentado considerablemente en muchas partes del planeta durante los últimos años.⁽¹⁸⁾

A inicios del siglo XX, Friebe, citado por Tubiana, determinó que la exposición prolongada a los rayos X provocaba la aparición del Carcinoma Epidermoide más adelante se relacionó con personas a quienes se les administraban rayos Grenz como método terapéutico de la psoriasis, el acné y el hirsutismo.⁽¹⁸⁾

Las primeras reseñas sobre la asociación del Cáncer Cutáneo No Melanoma con carcinógenos químicos laborales fueron hechas en 1775 por el eminente cirujano londinense Percivall Pott, citado por Androutsos, quien describió “las verrugas tiznadas o verrugas de hollín” que aparecían con mucha frecuencia en el escroto y la nariz de adolescentes deshollinadores ingleses.

El Carcinoma Epidermoide del labio y la boca están unidos al empleo del tabaco fumado o masticado y al consumo de alcohol y betel.⁽⁹⁾

El cirujano francés Jean Nicholas Marjolin, citado por Kerr-Valentic y colaboradores, reseñó en 1828 el Carcinoma Epidermoide originado en cicatrices traumáticas; algún tiempo después, al Carcinoma Epidermoide relacionado con las cicatrices de quemaduras se le nombró “úlceras de Marjolin”. Además, se ha descrito este proceso oncoproliferativo cutáneo en el curso de afecciones que conducen a un estado inflamatorio crónico de la piel como el liquen plano y el liquen escleroatrófico, la tuberculosis cutánea, infecciones fúngicas, el lupus eritematoso y la necrobiosis lipoídica⁽²⁰⁻²²⁾

La enfermedad de Bowen es un Carcinoma Epidermoide in situ que se localiza en piel y mucosas; descrita originalmente en 1912 por el dermatólogo norteamericano John T. Bowen, y cuya etiología incluye exposición solar y arsenical significativa, radiaciones ionizantes, inmunosupresión y la infección por VPH, especialmente del serotipo 16. Cuando afecta a las mucosas, principalmente la del pene en varones no circuncidados, se denomina eritroplasia de Queyrat y exhibe degeneración maligna hacia un Carcinoma Epidermoide invasivo con mayor frecuencia que la enfermedad de Bowen.^(2-4,23)

En 1970, Lloyd, citado por Grant, describió por primera vez un grupo de lesiones genitales que histopatológicamente constituían un Carcinoma Epidermoide in situ. Se han identificado con características similares a la enfermedad de Bowen, por lo que la denominó “enfermedad de Bowen multicéntrica”. Nueve años más tarde, Wade y

colaboradores introdujeron el término papulosis bowenoide para referirse a esta malignidad que está causada por el VPH (serotipos 16, 18, 31-35, 39, 42, 45,51-54).

(23)

Los mecanismos etiopatogénicos que inducen el desarrollo del cáncer cutáneo no melanoma son muy complejos y están lejos de ser comprendidos en su totalidad. ⁽³⁾

El Carcinoma Epidermoide deriva de las células de la epidermis o sus anexos y puede desencadenarse por agentes químicos (hidrocarburos), medios físicos (radiaciones ionizantes o ultravioleta), enfermedades virales y lo favorecen la inmunosupresión, ya sea por fármacos, enfermedades linfoproliferativas, trasplantes así como inmunodeficiencia humana. Los factores de riesgo más importantes son la exposición solar, piel blanca, ojos claros, la edad, tabaquismo. Pueden aparecer de Novo o bien sobre lesiones precancerosas, sobre todo en queratosis actínicas, menos comúnmente en queilitis, leucoplasia, cicatrices o úlceras crónicas. ^(1, 3, 9,24)

El Carcinoma Epidermoide posee características clínicas e histopatológicas que van desde formas de baja malignidad hasta las de extremo poder destructivo, por esta razón ha sido clasificado como Carcinoma Epidermoide in situ y Carcinoma Epidermoide invasivo o infiltrante (diferenciado e indiferenciado); este último suele desarrollarse en el 90 % de los casos a partir de un Carcinoma Epidermoide in situ. ^{(2,}

4,9)

La clasificación clínica que utilizamos en la dermatología la divide en: superficial, ulcerada, tumoral, vegetante o verrugosa y nodular queratósica.

La variedad superficial es intraepidérmica (in situ) y puede permanecer por un periodo largo de evolución. Se observa como una placa eritematosa de uno o varios centímetros. La forma ulcerada es la más frecuente, está constituida por una úlcera de superficie anfractuosa, infiltrada en su base, sangra fácilmente y es de crecimiento rápido. La nodular queratósica tiene un aspecto queratósico, su base generalmente está infiltrada, puede parecer un cuerno cutáneo o mostrar ulceración central con un cráter de queratina. La forma vegetante o verrugosa se desarrolla con frecuencia sobre lesiones inflamatorias crónicas como cicatrices pueden alcanzar grandes dimensiones. ^(2, 4,9)

Otras literaturas reportan variedades similares como la noduloulcerosa, la papilomatosa o vegetante y la ulcerosa. ⁽¹⁾

En la primera el pequeño nódulo inicial con su superficie córnea, escamosa, aumenta de tamaño de un modo progresivo o con fases de detención temporal. De la superficie anfractuosa que resulta al ser desprendida la capa córnea, es posible obtener, por expresión manual, la salida de perlas córneas (Eller), lo más frecuente es que este nódulo termine ulcerándose en su región central.

En la forma papilomatosa el crecimiento de las pequeñas excrecencias córneas iniciales hace que la lesión abollonada en coliflor, asentada sobre una base amplia más o menos eritematosa y pase a ser pedunculada. El tamaño varía entre unos pocos centímetros y hasta 10cm. La superficie de la lesión está cubierta de escamas o costras, por su crecimiento predominante hacia afuera-exofítico- la fase de metástasis es algo más tardía que en otras formas clínicas.

En la variedad ulcerosa lo más sobresaliente es la pérdida de tejido, a veces, se inicia como una grieta o fisura, o como una exulceración, el progreso destructivo, tanto en profundidad como en extensión, al mismo tiempo que el engrosamiento y la induración de los bordes de la lesión, lleva a una imagen que es clínicamente indistinguible del basal. Este último tiene una evolución más lenta y produce metástasis más precozmente.

En forma internacional se clasifica según el sistema TNM que mide el tamaño del tumor en cm (T), presencia de ganglios regionales (N) y las metástasis (M).

El riesgo de aparición de metástasis tiene una relación con el tamaño del tumor (mayor de 2 cm) del grado de diferenciación, de la profundidad del tumor, del sitio afectado ya que se sabe que en mucosas o semimucosas es mucho más agresivo así como de la inmunocompetencia del paciente. ⁽²⁾

La confirmación histológica es definitiva y muestra una epidermis hiperqueratósica, con paraqueratosis, proliferación irregular de células del estrato espinoso, dispuestas en cordones mal limitados, invaden dermis, atipias celulares, mitosis, falta de puentes intercelulares y queratinización individual formando globos córneos. Se ha descrito una variedad histológica de gran poder agresivo y metastizante denominada Carcinoma Epidermoide productor de mucina. ⁽²⁵⁾

Las células del Carcinoma Epidermoide pueden conservar su capacidad de maduración, lo que se manifiesta por el grado de queratinización. Se clasifica en cuatro grados según el porcentaje de células queratinizadas contra las no diferenciadas.⁽²⁶⁾

Grado I. Más del 75% de células bien diferenciadas

Grado II. De 75% a 50% de células bien diferenciadas

Grado III. Del 50% a 25% de células bien diferenciadas

Grado IV. Menos del 25% de células bien diferenciadas

La elección del método dependerá de una serie de consideraciones respecto a la localización, el tamaño, la profundidad, el grado de diferenciación histológica la edad, el estado clínico y psicológico del paciente. Puede ser quirúrgico, o utilizar la radioterapia y en casos avanzados quimioterapia.⁽²⁶⁾

En general será bueno si las lesiones se diagnostican en forma temprana. Sin embargo las metástasis y el grado de invasión dependerán de factores de riesgo entre los cuales se deben tomar en cuenta: el tamaño mayor a 2 cm, la velocidad de crecimiento, el sitio anatómico, ya que se sabe que son más agresivos en mucosas o semimucosas, así como la etiología, pues los que aparecen sobre queratosis actínicas son menos agresivos que en cicatrices de quemadura. Otros factores son el grado de diferenciación histológica, mientras menos diferenciados peor pronóstico y la inmunosupresión que da un comportamiento más agresivo.⁽²⁶⁾

Las medidas preventivas para evitar el desarrollo del cáncer cutáneo no melanoma constituyen un arma inigualable en la lucha contra la enfermedad. Si se ha localizado en zonas expuestas a la luz solar.⁽²⁷⁾

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal para describir el comportamiento del Carcinoma Epidermoide en pacientes pertenecientes al área de salud Sur del municipio Ciego de Ávila, en el periodo comprendido desde el año 2012 hasta el 2016.

El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes que asistieron a la consulta de Dermatología del Policlínico Sur en el periodo de estudio. La muestra corresponde con los 38 pacientes diagnosticados con Carcinoma Epidermoide según criterio clínico/histológico y los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Todos los casos nuevos, con 40 años y más diagnosticados con carcinoma epidermoide, en cualquier lugar de la piel expuesta al sol según criterio clínico en la consulta de dermatología y que se les realizó biopsia por el servicio de dermatología del Policlínico sur la cual fue analizada en el departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial Antonio Loaces Iraola (ALI).
- Residentes permanentes en el área de salud Sur de Ciego de Ávila.

Criterios de exclusión:

- Los casos de Carcinoma Epidermoide recurrente

Las variables a emplear en el estudio son las siguientes:

Grupos de edades: se tuvo en cuenta para la distribución de frecuencia la edad de menor presentación y la de mayor presentación, se realizó una escala con un intervalos de 10.

Sexo: femenino y masculino

Color de la piel: blanco o negro, según tonalidad de la piel.

Fototipo de piel: Según la clasificación de FITZPATRICK de la reactividad de la piel al sol, la cual fue descrita en la solicitud de biopsia según el criterio clínico del dermatólogo.

Fototipo de piel I: blanca, siempre se quema, nunca se broncea, muchas pecas, rubios de ojos azules. Nórdicos

Fototipo de piel II: blanca, usualmente se quema, se broncea con dificultad.

Fototipo de piel III: blanca, a veces se quema, se broncea moderadamente.

Fototipo de piel IV: Marrón, no se suele quemar, se broncea con facilidad.

Fototipo de piel V: Marrón oscura, se quema muy raramente, se broncea rápidamente.

Fototipo de piel VI: Negra, no se quema, se broncea muy fácilmente.

Localización anatómica de lesiones: se describieron los lugares de localización de las mismas, que se recogieron en la solicitud de la biopsia.

Según grado de diferenciación del tumor: según la descripción de la biopsia

Según la clasificación de Broders, los CEC se pueden dividir en grado I cuando el tumor tiene más del 75% de sus células diferenciadas; grado II sería cuando éstas comprenden entre el 50 y 75% del tumor, grado III cuando las células diferenciadas están entre el 25 y 50% y grado IV cuando son menos del 25%. En la práctica habitual dividimos los CEC en bien diferenciados, moderadamente diferenciados o pobremente diferenciados.

Efectividad de la resección quirúrgica del tumor: se describió según la descripción de la biopsia en:

Completo: cuando se refiere a que la lesión fue resecada completamente.

Incompleta: se refiere a la presencia de tumor en los bordes de la piel que se le realizó resección.

Carcinoma basal: Se tomaron los datos generales de aparición del carcinoma basal en los pacientes de la misma área y que se practicaron la biopsia en el policlínico sur con el objetivo de realizar una comparación en la frecuencia de ambos tipos de tumores.

Año del diagnóstico: según el año en que se realizó la biopsia durante el periodo de estudio.

Operacionalización de las variables

No	VARIABLES	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
1	Grupos de edades	Cuantitativa continua	40-49 años 50-59 años 60-69 años 70-79 años 80 y más años	Según último año cumplido
2	Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	• Masculino • Femenino	Según sexo biológico de pertenencia
3	Color de la piel	Cualitativa nominal dicotómica	Blanco Negro	Según tonalidad cromática de la piel
4	Fototipo de piel	Cualitativa ordinal	Fototipo de piel I Fototipo de piel II Fototipo de piel III Fototipo de piel IV Fototipo de piel V Fototipo de piel VI	Según la clasificación descrita en solicitud de biopsia.
5	Localización anatómica de lesiones	Cualitativa nominal Politómica	Región temporal Dorso de la nariz Mejillas V del escote Región frontal	Según la presencia de la lesión en área señalada
6	Según grado de diferenciación del tumor	Cualitativa nominal Politómica	Bien diferenciado Moderadamente diferenciado	Según descripción de la

			Poco diferenciado	biopsia
7	Efectividad de resección quirúrgica del tumor	Cualitativa nominal Dicotómica	Completa Incompleta	Según la descripción de la biopsia
8	Tipo de carcinoma	Cualitativa nominal dicotómica	• Basal • Epidermoide	Según descripción de la biopsia
9	Año de diagnóstico	Cualitativa nominal Politónica	2012 2013 2014 2015 2016	Según el año del diagnóstico de las lesiones

Los métodos aplicados durante la investigación serán:

Métodos del nivel teórico:

- Análisis histórico-lógico: Se seleccionó este método con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, para indagar sobre el Carcinoma Epidermoide.
- Análisis-síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Método estadístico–matemático:

Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado. Como medida de resumen de la información se utilizó la frecuencia absoluta y relativa dada en números absolutos y por cientos

Procedimiento y técnicas de recolección de la información:

En la etapa inicial se realizó una revisión de la bibliografía sobre el tema en formato impreso y disponible en los Centros de Información de Ciencias Médicas existentes en la provincia. Fundamentalmente la búsqueda de literatura se realizó por Internet, en los sitios nacionales e internacionales, para obtener los fundamentos teóricos que nos permitan abordar la problemática en estudio.

La fuente de obtención de los datos en el estudio fue a través del registro de biopsias del Hospital Provincial ALI de los pacientes que se les había tomado la muestra en el policlínico Sur de Ciego de Ávila.

Procesamiento:

Los datos para el análisis de cada una de las variable a analizar en este estudio fueron obtenidos de la boleta de solicitud de biopsias de cada uno de los pacientes y fueron procesados en una computadora Laptop marca Asus mediante el programa estadístico SPS Versión 18.0 .Los métodos empleados fueron estadística descriptiva y distribución de frecuencia. Los resultados del estudio se expusieron en cuadros.

Consideraciones éticas.

No se reveló en ningún momento los nombres de los pacientes incluidos en el estudio, y los datos obtenidos solo serán usados con fines científicos, investigativos y de docencia, se respetaron los principios de la ética médica.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Comportamiento del Carcinoma Epidermoide en el área Sur de Ciego de Ávila en el periodo 2012-2016

Cuadro 1: Distribución de pacientes con carcinoma epidermoide según grupos de edades.

Grupos de edades	N	%
40-49	3	7.9
50-59	4	10.5
60-69	6	15.7
70-79	14	36.8
80 y mas	11	28.9
Total	38	100%

Fuente: solicitudes de biopsias y resultados del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI.

Se observó que el Carcinoma Epidermoide predominó en el grupo de edades de 70 a 79 años para un 36.8%, seguida del grupo de edad de 80 años y más con 11 casos para un 28.9%.

A. Nuño González y colaboradores en una revisión bibliográfica sobre CEC, realizada en España, refieren que la incidencia de este, está en aumento, fundamentalmente en las últimas décadas de la vida. ⁽²⁶⁾ También José Ramón Rodríguez Morales en Santa Clara refiere la frecuencia del tumor en mayores de 60 años, ⁽²³⁾ lo cual coincide con lo encontrado en este estudio.

En los reportes de la zona hospitalaria en España también reportan una mayor incidencia de cáncer en los mayores de 50 años. ⁽²⁸⁾

María Fernanda Ochoa Molina y Cristina F Maldonado Rodríguez de la universidad de Azuay, Ecuador en su tesis sobre Características de los estilos de vida que favorecen a la exposición a los rayos ultravioleta, donde constataron que el Carcinoma Epidermoide ha mostrado un incremento creciente durante las últimas décadas de la vida predominando su incidencia en personas mayores de 75 años. ⁽²⁹⁾

EL Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga en su estudio realizado en la ciudad de Camagüey encontró que la mayoría de pacientes diagnosticados se encuentran en las edades de 64 y 80 años. ⁽⁹⁾

En el estudio realizado por la Dr. Josefa Berna García en su tesis doctoral en la universidad de Valencia sobre la incidencia del cáncer cutáneo no melanoma en pacientes trasplantados, en la cual refiere que la edad también ha demostrado ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de los carcinomas cutáneos, en pacientes de edad avanzada existe una mayor incidencia de cáncer de piel frente a los pacientes más jóvenes. ⁽³⁰⁾

Cuadro 2: Distribución de pacientes según sexo

Sexo	N	%
Femenino	23	60.5
Masculino	15	39.5
Total	38	100%

Fuente: solicitudes de biopsias y resultado del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI.

En este cuadro se observó que hubo un predominio del sexo femenino con 23 paciente, lo que representa el 60.5% de la muestra en estudio.

El Dr. Héctor Oscar Victoria realizó una caracterización clínica histológica del CCNM y encontró también una mayor frecuencia de féminas en su estudio. ⁽¹⁴⁾ Los resultados de este estudio también concuerdan con los realizados por los doctores Pablo Sebastián Arévalo Espinoza, Jonathan Paul Carvajal Calle en su estudio realizado para su tesis doctoral en la Universidad de Cuenca, sobre cáncer Dermatológico donde plantea que la piel de las féminas tiene mayor sensibilidad frente a los rayos ultravioletas. ⁽³¹⁾

Beatriz G. Portalatín refiere una similar frecuencia de presentación del CEC en ambos sexos en un estudio realizado en España. ⁽²⁷⁾

Cuadro 3: Distribución de pacientes según color de la piel

Color de la piel	N	%
Blanco	38	100
Negra	0	0
Total	38	100%

Fuente: solicitudes de biopsias y resultado del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI

La piel blanca predominó en el 100% de los pacientes en este estudio.

Jorge Luis Zequeira Peña en un estudio realizado en Camagüey encontró que las personas de piel blanca son las más afectadas por los CCNM. ⁽¹³⁾

Rosa Ma Gutiérrez Vidrio en una revisión del tema se refiere a la mayor frecuencia del CEC en personas de piel blanca. ⁽²⁾

En Ecuador las Dras. María Fernanda Ochoa Molina y Cristina F Maldonado Rodríguez constataron que el Carcinoma Epidermoide es uno de los que se presenta con mayor frecuencia en las personas con piel oscura. ⁽²⁹⁾

Los resultados de investigaciones realizadas en Camagüey por el Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga coinciden en que el cáncer cutáneo no melanoma predomina en personas con color blanco de la piel. ⁽²⁵⁾

Cuadro 4: Distribución de pacientes según fototipo de piel

Fototipo de piel	N	%
Fototipo de piel I	2	5.3
Fototipo De piel II	9	23.6
Fototipo de piel III	27	71.1
Fototipo de piel IV	0	0
Fototipo de piel V	0	0
Fototipo de piel VI	0	0
Total	38	100

Fuente: solicitudes de biopsias y resultado del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI.

En la distribución de pacientes según el fototipo de piel, la mayor incidencia podemos observarla en el fototipo de piel III, con 27 casos para un 71.2%, esto pudiera estar en relación con el origen étnico de la población, no se evidenció la presencia de la enfermedad en los fototipos IV, V y VI, lo que está en relación con la presencia de la misma en los pacientes con color de piel blanca.

Esto concuerda con el estudio realizado Cristina F Maldonado Rodríguez que las personas con fototipo de piel II y III son las más afectadas. ⁽²⁹⁾

Tórtora Mariela Elizabeth e su estudio sobre Aspectos epidemiológicos del Carcinoma Espinocelular encontró que los fototipos de piel más afectados fueron el II y el III, seguidos del I, lo cual coincide con este estudio. ⁽⁸⁾

De igual manera coincide con lo planteado por Dr. Teresa Truchuela Díez la cual plantea que la frecuencia del CEC, se estima en, 15 casos por 100.000 habitantes aproximadamente, predominando en pacientes con fototipo claros sometidos a exposición solar crónica. ⁽³²⁾

Cuadro 5: Distribución según localización anatómica

Localización anatómica de lesiones	N	%
Región Temporal	7	18.4
Dorso de Nariz	7	10.5
Mejilla	3	10.5
V del escote	18	47.3
Región Frontal	3	13.3
Total	38	100%

Fuente: solicitudes de biopsias y resultado del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI

En la muestra de estudio se observó que la localización más frecuente es la V del escote, (47.3%) lo que a su vez pudiera estar relacionado con la forma de vestir de la población y que además este tipo de lesión es más frecuente en el sexo femenino.

Estos resultados concuerdan parcialmente con los expuestos por Katherine Baquerizo, Evelyn Castro, Silvia Muñoz en sus estudios publicados quienes plantean que el Carcinoma Epidermoide aparece más en la cara y miembros superiores. ⁽³³⁾

Zoraida C. López Cruz en su estudio sobre incidencia del Carcinoma Basal y Epidermoide refiere una mayor frecuencia de este último en la cabeza. ⁽³⁴⁾

Ricardo Quiñones en su estudio también encontró que la cabeza y el cuello son los sitios en los que con mayor frecuencia aparece el Carcinoma Epidermoide. ⁽³⁵⁾

Todos estos estudios concuerdan con lo encontrado por el autor de esta investigación.

No obstante difiere con los estudios realizados por María Fernanda Ochoa Molina y Cristina F Maldonado Rodríguez de la universidad de Azuay, que refieren que el Carcinoma Epidermoide se desarrolla en zonas no expuestas como las extremidades inferiores, zona de cicatrización crónica y el ano. ⁽²⁹⁾

.

Cuadro 6: Distribución de pacientes según grado de diferenciación del tumor.

Grado de diferenciación	N	%
Bien diferenciado	29	76.3
Moderadamente diferenciado	9	23.7
Poco diferenciado	0	0
Total	38	100

Fuente: solicitudes de biopsias y resultado del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI

En este cuadro se observó que hubo un predominio de pacientes con tumores bien diferenciados lo que se representó por el 76.3%, no se encontraron pacientes con tumores poco diferenciados. Este resultado se considera satisfactorio para los pacientes tomando en cuenta que los tumores poco diferenciados son los más agresivos.

Hay que destacar, que sea del tipo histológico que sea el CEC, se debe también determinar el grado de diferenciación del tumor. Son varios los estudios que han probado una mayor tendencia a metastizar de los CEC pobremente diferenciados. Por lo tanto, se debe realizar una adecuada clasificación histológica del tumor para determinar el riesgo asociado al mismo. La séptima clasificación de la AJCC incluye el que el tumor sea pobremente diferenciado como un factor de mal pronóstico.⁽²⁶⁾

Katherine Baquerizo, Evelyn Castro y Silvia Muñoz en su estudio encontraron que con respecto al grado de diferenciación el más frecuente fue el grado de diferenciación 2 (40.6%), seguido del grado 3 (34.9%), grado 1 (20.3%) y por último grado 4 (4.4%), con una distribución bastante homogénea con respecto a CEC bien (grado 1), moderadamente (grado 2) o pobremente (grado 3 y 4) diferenciados.⁽³³⁾

Nuestros resultados se asemejan a lo que encontró Carolina y col. con lesiones bien diferenciadas en el 31.2%, moderadamente diferenciadas en el 29.6% y poco diferenciadas en el 12.8%.⁽³⁶⁾

Kumakawa por otra parte encuentra que el 28.6% de los CEC fueron bien diferenciados, y medianamente diferenciados en el 25%.⁽³⁷⁾, mientras que Díaz

Plasencia y García en Trujillo encontraron un marcado predominio de lesiones bien diferenciadas (73.8% y 62% respectivamente ⁽³⁸⁾, lo cual coincide parcialmente con lo encontrado en este estudio.

Cuadro 7: Distribución de pacientes según la efectividad de la resección quirúrgica del tumor.

Efectividad de resección quirúrgica del tumor	N	%
Completa	24	63.2
Incompleta	14	36.8
Total	38	100

Fuente: solicitudes de biopsias y resultado del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI.

En el 63.2% de los pacientes se logró una resección completa del tumor y solo el 36.8% se realizó de forma incompleta, lo cual es considerado un factor de buen pronóstico, este último tipo de resección obedeció a las localizaciones anatómicas donde se encontraban las mismas, como el dorso de la nariz, donde la manipulación es un poco más difícil.

El Dr. José Ramón Rodríguez Morales plantea que El tratamiento de elección del CEC es la intervención quirúrgica, aún considerada como el estándar de oro en estos pacientes, así como para otros cánceres de la piel; sin embargo, tiene ciertas limitaciones, pues el resultado cosmético depende del tamaño de la lesión y la vascularidad, así como de las características de cicatrización del área afectada, y ofrece la ventaja de que con la escisión quirúrgica se pueden documentar adecuadamente los márgenes libres de tumor. ⁽²³⁾

Los CEC que han sido inadecuadamente extirpados, con márgenes histológicos afectados por el tumor o muy ajustados; o aquellos que pese a tener márgenes libres en el estudio histológico tienden a recidivar, se asocian a un peor control de la patología. Un tumor con márgenes afectos puede recidivar en un 50% y por lo tanto, también metastizar. Los márgenes predeterminados de extirpación del CEC no están bien establecidos. ⁽²⁶⁾. Oddonne et al. Reportaron que un 57% de los pacientes con metástasis ganglionares de su estudio tenían CEC con márgenes afectados por el tumor o muy ajustados (menosde2mm). ⁽³⁹⁾

Cuadro 8: Distribución de pacientes con relación al Carcinoma Basal

Tipo de Carcinoma	Número	%
Carcinoma Basal	139	78.5
Carcinoma Epidermoide	38	21.5
Total	177	100

Fuente: solicitudes de biopsias y resultado del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI

En esta tabla se representa la distribución de pacientes diagnosticados con CEC con relación al Carcinoma Basal. Durante el periodo de estudio se diagnosticaron en el área un total de 177 casos con tumores de piel, de los cuales 139 corresponden al Carcinoma Basal el cual represento un 78.5%, mientras que de Carcinoma Epidermoide se diagnosticaron 38 casos, representando un 21.5%. Por tanto existe dentro del cáncer cutáneo no melanoma una mayor incidencia de Carcinoma Basal con respecto al Carcinoma Epidermoide coincidiendo con la investigación realizada por Ana Isabel Jerves Ramírez en su estudio realizado para su tesis doctoral en la Universidad de Cuenca, sobre cáncer dermatológico.⁽³¹⁾

Los resultados de investigaciones realizadas en Camagüey por Héctor Oscar Victoria Bárzaga coinciden en que el carcinoma Basocelular ha sido reportado con mayor frecuencia que el Carcinoma Espinocelular, lo que concuerda con estudios epidemiológicos nacionales e internacionales.⁽¹⁵⁾

Zoraida C. López Cruz en su estudio sobre incidencia del carcinoma basal y epidermoide refiere una mayor frecuencia del primero, lo cual concuerda con lo encontrado en este estudio.⁽³⁴⁾

Cuadro 9: Distribución de pacientes según el año del diagnóstico.

Año del diagnóstico	N	%
2012	1	2.6
2013	6	15.8
2014	13	34.2
2015	8	21.1
2016	10	26.3
Total	38	100

Fuente: solicitudes de biopsias y resultado del departamento de anatomía patológica del Hospital Provincial ALI

En este cuadro se observó que en el año 2014 hubo un incremento de pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide con un 34.2%, seguido del año 2016 con un 26.3%. El autor considera que esto está en relación con afectaciones no inherentes a la población, sino desde el punto de vista administrativo, lo cual nos hace suponer que no hubo un descenso en el diagnóstico, sino, un subregistro del mismo.

En las literaturas se reporta que la incidencia de cáncer de piel va en ascenso (1, 3, 6,7, 9, 14, 15, 25,40)

CONCLUSIONES

El Carcinoma Epidermoide se observó con mayor frecuencia en la tercera década de la vida, evidenciándose un aumento a medida que lo hace la edad. Predominó en el sexo femenino, solo afectó a las persona de piel blanca, especialmente a las que presentaron un fototipo de piel tipo II y III. La región anatómica más afectada por el CEC fue la V del escote y el grado de diferenciación que más se presentó fue el bien diferenciado. En la más de mitad de los pacientes se logró una extirpación quirúrgica completa. El Carcinoma Epidermoide tiene una incidencia menor que el Carcinoma Basal, no obstante su incidencia va en aumento según pasa el tiempo.

RECOMENDACIONES

Realizar una intervención educativa a la población para fomentar los estilos de vida saludables en la prevención de cáncer de piel.

Continuar profundizando en el tema y realizar actividades de superación en la atención primaria de salud teniendo en cuenta la relevancia del Carcinoma de piel sobre la salud humana.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvares Sintes R. Afecciones de la piel y las uñas. En: Álvares Sintes R. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: Editorial ciencias médicas;2014. p. 1742-1743
2. Gutiérrez Vidrio Rosa Ma. Cáncer de piel. G Rev Fac Med UNAM Vol.46 No.4 Julio-Agosto, 2003
3. Del Rio Ysla M B, Valle Yanes I, Benítez Alvarez J. Carcinoma epidermoide. Revisión bibliográfica. Mediciago. [Internet] 2014 (citado 23 de dic del 2016), 19(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_supl1_07/revisiones/r3_v13_supl107.html
4. Arenas. Dermatología Atlas Diagnóstico y Tratamiento. Segunda edición. Editorial McGraw Hill-Interamericana. México D.F. 1996
5. Milas K. Carcinoma of the head and neck. En: Feig B, Beger D, Fuhrman G, editores. The MD. Anderson Surgiral oncology handbook. 3ra ed. Filadelfia: Lippincot Williams & Wilkins; 2003. p. 109-123.
6. Rodríguez A, Mijares A, Liussi F, Lalsie R, Ciubataru G, Medina S, et al. Ganglio Centinela en cáncer epidermoide de cavidad nasal y oral [serie en Internet]. 2005 jun [citado 2006 jul]; 17 (2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.2.bvs.org.ve/scielo.php?script=sci-arttex&pid=so798-0582200500020000&ing=es&nrm=150>.
7. Victoria Bárzaga HO. Caracterización clínica e histopatológica del cáncer cutáneo no melanoma. Artículo original. [Internet] 2009 [citado 20 de diciembre 2017]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n3/amc060310.pdf>
8. Tórtora ME. Aspectos epidemiológicos del carcinoma espinocelular. . [Internet] 2009 [citado 20 de diciembre 2017]. Disponible en <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/2.pdf>
9. Victoria Bárzaga HO. Algoritmo para la atención integral a pacientes con cáncer cutáneo no melanoma [Internet] Universidad de ciencias médicas Camagüey 2011 [citado 20 de diciembre 2017]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n3/amc064510.pdf>

10. World Health Organization. How common is skin cancer? [Serie en Internet]. 2010 [citado 25 de octubre 2016]; [aprox.7p.]. Disponible en: <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/en/index1.html>
11. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Carcinoma Basocelular y Carcinoma Espinocelular. Guía de Recomendaciones 2008. [Internet]. 2009 [citado 19 de noviembre 2016]; [aprox.40 p.]. Disponible en: <http://www.sad.org.ar/revista/pdf/procdermatologicos.pdf>.
12. González AG. Otros tumores de la piel. En: Manzur J, Díaz J, Cortés M. Dermatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002. P.272-84.
13. Zequeira Peña Jorge Luis, García-Roco Pérez Oscar, Arredondo López Miguel. Incidencia de las lesiones cutáneas malignas faciales. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet].2003 Abr [citado 2016 Mar 10]; 40(1):127-30.Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-750720030001000>
14. Victoria Bárzaga HO, Lazo Sánchez Laura. Relación clínico histopatológica de lesiones tumorales de la piel. AMC [revista en internet]. 2006 Sept [citado 18 nov 2016]; 10(4):219-21. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=1025-02552011000200001>
15. Victoria Bárzaga HO. Métodos para la prevención y tratamiento del carcinoma basocelular. AMC [revista en la internet]. 2011 Abr [citado 2017 Ene 21]; 15(2):212-213. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1025-02552011000200001&Ing=es>.
16. Suárez CB. Caracterización de los tumores malignos faciales. Estudio del Quinquenio 2004-2008. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Cirugía Bucal y Maxilofacial. Camagüey; 2009.17.- Larrondo RM, Hernández LG, Angulo AR; Larrondo RL. Consideraciones sobre la prevención del cáncer de piel. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996; 12(3): 213-17. Unidad
18. World Health Organization. Protecting children from ultraviolet radiation [serie en Internet]. 2010 [citado 15 de febrero 2010]; [aprox.3 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/uv/resources/archives/fs261/en/>

19. Gray Lovio O, Abreu Daniel A, Morales Jiménez E, Bonito Lovio D y col. Incidencia según tipos de cáncer de piel en Cuba. 1990-2011[internet] 2013 (citado 12 enero 2017) disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol7_03_13/fdc040313.htm
20. Kerr-Valentic MA, Samimi K, Rohlen BH, Agarwal JP, Rockwell WB. Marjolin's Ulcer: modern analysis of an ancient problem. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Jan; 123(1):184-91.
21. Grossman D, Leffell DJ. Carcinoma Espinocelular. En: Fitzpatrick TB. *Dermatología en Medicina General*. 7ma ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2009.p.851-66.
22. Constantinou C, Widom K, Desantis J, Obmann M. Hidradenitis suppurativa Complicated by squamous cell carcinoma. *Am Surg*. 2008 Dec; 74(12):1177-8
23. Rodríguez Morales JR, de Armas Ramírez E L. Artículo de Revisión. Enfermedad de Bowen. *Acta Médica del Centro*, Vol. 7, No. 3, 2013[internet] citado 12 de enero 2017) disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r3_13/bowen.htm
24. Llull Tombo MA, Curbelo Gómez MG, Martínez Ojeda D, Díaz Alfonso LR, Suárez Rodríguez B, Martínez Díaz A. Carcinoma epidermoide de conjuntiva. Presentación de un caso. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur* 2011; 9(6) [internet] 2011 (citado 12 de enero 2017) disponible en <http://www.medisur.sld.cu/i>.
25. Victoria Bárzaga HO; Ramos Cabrera A; Valdeblánquez Atencio J; Nápoles Vega D. Carcinoma Epidermoide Infiltrante. Reporte de un Caso. *Archivo Médico de Camagüey* 2007; 11(5) [internet] (citado 12 de enero 2017) Disponible en:
26. Nuño-González A, Vicente-Martina, F.J, Pinedo-Moraleda F. Y López-Estebaranza J.L. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. [internet]2013 (citado 12 de enero 2017) Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90149819&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=158&accion=L&origen=actasdermo&web=www.actasdermo.org&lan=es&fichero=103v103n07a90149819pdf001.pdf

27. Portalatín B. Aumenta un 38% la incidencia del cáncer de piel en España. [Internet] 2015. (Citado 12 de enero 2017) disponible en <http://www.elmundo.es/salud/2015/04/15/552e7aea268e3efe5f8b456e.html>
28. Zona hospitalaria. Cáncer de piel academia española de Dermatología y venereología. [Internet] citado 12 de enero 2017) disponible en <http://www.zonahospitalaria.com/cancer-de-piel/>
29. Ochoa Molina MF., Maldonado Rodríguez CF. Característica de los estilos de vida que favorecen la exposición a los rayos ultravioletas en la población residente en la ciudad de Cuenca. [Tesis en internet] 2010 (citado el 12 de enero 2017) Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/1.pdf>
30. Bernat García J. Estudio del cáncer cutáneo no melanoma en pacientes trasplantados renales: incidencia y factores de riesgo asociados. [Tesis en internet] 2012 (citado el 12 de enero 2017) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Arévalo Espinoza PS, Carvajal Calle JP y Jerves AI. Características del cáncer dermatológico diagnosticado en biopsias de piel por el laboratorio de anatomía patológica del hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo junio 2011-2013. [Internet] 2013 (citado 12 de enero 2017) Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/902/445>
32. Truchuelo Diez MT. Diagnóstico de fluorescencia e inmunohistoquímico en la enfermedad de Bowen tratada con terapia fotodinámica. [Internet] 2012 (citado el 12 enero 2017) Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v27n1/oft09114.pdf>
33. Baquerizo K, Castro E, Muñoz S. Incidencia y características clínico patológicas del carcinoma espinocelular cutáneo. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, 2004-2006. Artículos originales [internet] folia dermatol. Perú 2007; 18 (2): 63-71 (citado 12 enero 2017) disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/folia/vol18_n2/pdf/a02v18n2.pdf

34. López Cruz Z. Incidencia de carcinoma basocelular y epidermoide. [Internet] Dermatología Rev Mex 2007; 51(4):149-53. (Citado 12 de enero 2017) Disponible en: .- <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2007/rmd074c.pdf>
35. Quiñones-Venegas R, Valenzuela-Barba X, González-Ramírez Roger A. Cáncer de piel no melanoma de la hélice ¡el dermatoscopio está de nuestro lado! [Internet] Dermatología Rev Mex 2015; 49: 175-180. 8citado 12 de enero 2107) Disponible en http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Dermatologia/2015/mar-abr/art.opinion_cancer.pdf
36. Zapata G.C. Cáncer de piel. Comportamiento y Manejo en Managua, León y Chinandega de Enero de 1996 a Junio del 2001. Trabajo monográfico para optar al título de Especialista en Dermatología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Medicina. 2002.
37. Kumakawa Z, Peching G. Prevalencia de neoplasias cutáneas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Período enero 2002 - Diciembre 2003. Folia dermatol. Perú 2004[Internet] (citado 12 enero 2017) disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/folia/vol10_n1/pdf/a02v18n2.pdf
38. Díaz Plasencia J, Rodas Espinoza P, Bardales Gamarra G. Factores pronósticos de recurrencia y sobrevida en carcinoma epidermoide de piel. [Internet] Folia Dermatológica Peruana - Vol. 9 • N°. 3 septiembre de 1998(citado el 20 de marzo 2017) disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/folia/Vol9_N3/factores.htm
39. Oddone N, Morgan GJ, Palme CE, Perera L, Shannon J, Wong E, et al. Metastatic cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck: the Inmunosupresión, Treatment Extranodal spread, and Margin status (ITEM) prognostic score to predict outcome and the need to improve survival. Cáncer. 2009; 115:1883-91
40. García C. Cáncer de piel: estudio clínico-patológico. Tesis para optar el título a bachiller. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Peruana de Trujillo 1990