

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE NORTE.

TÍTULO: Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con Carcinoma Basocelular atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del municipio Morón.

(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral)

Autor: Dr. Dainel Noy Díaz

Morón, 2020

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE NORTE.

TÍTULO: Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con Carcinoma Basocelular atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del municipio Morón.

(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral).

AUTOR: Dr. Dainel Noy Díaz.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Clínica Estomatológica Docente Norte. Morón

TUTOR: Dr. Yan Alberto Marichal Martínez. Especialidad de Primer Grado en Cirugía Maxilo Facial y Especialista en Primer Grado de Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Investigador Agregado.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Hospital Provincial General Docente “Roberto Rodríguez Fernández”. Morón

Morón, 2020

PENSAMIENTO

Lo que hace crecer al mundo no es descubrir cómo está hecho, sino el esfuerzo de cada uno de nosotros para descubrirlo.

José Martí.

AGRADECIMIENTOS

A todos mis Profesores que han compartido sus valiosos conocimientos durante
estos casi dos años de estudios.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para caracterizar aspectos clínico-epidemiológicos a los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular atendidos en el servicio Máxilo Facial del Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández" del municipio Morón, en el periodo comprendido de noviembre de 2018 a marzo de 2020. El universo se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, constituido por 118 pacientes, con el objetivo de caracterizar clínico y epidemiológicamente a los pacientes con Carcinoma Basocelular. Se tuvieron en cuenta diversos aspectos tales como: la distribución de los grupos de estudios, según edad y sexo imperó el grupo de edad de 60 a 74 años siendo el sexo masculino el de mayor cuantía. Según la forma de presentación predominó la forma perlada. Teniendo en cuenta la presencia de síntomas el mayor porcentaje presentó absceso secundariamente. Con respecto a las localizaciones anatómicas se mostró que la región más afectada fue la región nasal. Al analizar los factores predisponentes, el mayor porcentaje se presentó en sujetos de piel blanca y rosada. Al realizar el estadiamiento clínico de los pacientes con carcinoma Basocelular predominó la etapa II. Según el tamaño del tumor primario en centímetro, el mayor número de pacientes lo presentó menor de dos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	4
MATERIALES Y MÉTODOS	11
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es el más común en los seres humanos, abarca cerca de un tercio total de las neoplasias. Se distinguen dos grandes grupos: el melanoma maligno (MM) y el cáncer cutáneo no melanoma (CCNM).⁽¹⁻⁵⁾ Este último incluye los Carcinomas espinocelulares y los basocelulares, considerados como los tipos más frecuentes.^(2,4) El Carcinoma Basocelular (CBC) es un tumor epitelial maligno que se origina a partir de las células pluripotenciales del epitelio. Se caracteriza por un crecimiento lento pero es localmente invasivo; aunque posee un bajo potencial metastásico, tiene capacidad destructora local y compromete extensas áreas de tejido, cartílago e incluso huesos, en las formas clínicas más severas.⁽³⁻¹¹⁾ diferencia de otros tumores malignos de piel, el CBC no se presenta en las mucosas.^(2,10) El CBC es cinco veces más común que el carcinoma escamocelular y su incidencia está en aumento. Los factores predisponentes más importantes para el desarrollo de esta entidad son la piel blanca, que corresponde al fototipo I y II, y la exposición a la luz ultravioleta proveniente del sol. Las lesiones tumorales se distribuyen en su mayoría en áreas fotoexpuestas, con predominio en cabeza y cuello, donde se presentan el 85% de estas.^(1, 2, 4,7) Anualmente, en Cuba se notifican alrededor de mil casos de cáncer no melanoma, estos constituyen el segundo lugar en la tabla general de tumores malignos. Según informes del Anuario Estadístico de Salud, en el 2007 fallecieron 332 personas por esta causa, para una tasa de 3 x 100 000 habitantes.⁽¹¹⁾ En el año 2011 se realizó un estudio de incidencia de neoplasias de piel, basándose en los datos de Registro Nacional de Cáncer de Cuba de los años 1990 al 2011, encontrando un incremento de la incidencia absoluta (IA) y relativa (IR) en la población cubana, teniendo la IA una razón de 2,5 casos en 2011 por cada caso en 1990. La IR presento una razón muy parecida de 2.3 casos por 100.000 habitantes.⁽¹²⁾ Otra investigación realizada en la isla, desde enero de 2000 a diciembre de 2009, para determinar el comportamiento del CBC en los pacientes anotados en el registro de solicitud de biopsias del Servicio de Cirugía máximo facial del Hospital General Docente

"Ciro Redondo García" en la provincia de Artemisa, concluyó que casi la mitad de los pacientes presentaron diagnóstico de esta neoplasia. ⁽¹³⁾

En la actualidad la elevada incidencia del cáncer de piel en el mundo representa en salud pública un grave problema en ascenso. Al CBC por su evolución se le ha concedido poca importancia sin embargo hay formas clínicas que puede ocasionar destrucción del tejido, teniendo repercusiones en la salud de los pacientes. Las conductas actuales, referidas al modo de vestir y mayor exposición intencional al sol, han logrado exponer la piel a un medio hostil, añadido a esto políticas de salud que no van encaminada a la prevención de la entidad el diagnóstico tardío y el tratamiento no oportuno que conlleva a recidivas e incremento en los costos financieros para el sistema de salud. ^(2, 4,7)

Hoy existe un aumento de pacientes con Carcinoma Basocelular, donde un número importante de pacientes demanda el servicio de Cirugía Máxilo Facial en el Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández" del municipio Morón en la provincia de Ciego de Ávila, los que presentan diagnóstico clínico y confirmado con estudios histopatológicos. Actualmente no existe un registro estadístico que demuestre lo antes planteado.

Ante esta problemática se precisa el siguiente **problema científico**: ¿Qué caracteriza clínico y epidemiológicamente a los pacientes con Carcinoma Basocelular?

Para se plantearon los siguientes objetivos.

Objetivo General:

Caracterizar clínico y epidemiológicamente a los pacientes con Carcinoma Basocelular que sean atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández del municipio Morón en el periodo comprendido de Noviembre 2018 a marzo 2020.

Objetivos Específicos:

1. Distribuir a los pacientes con Carcinoma Basocelular, según grupo de edad, sexo, Formas de presentación, síntomas clínicos y localización anatómica del

tumor.

2. Identificar presencia de los factores predisponentes: antecedentes patológicos personales y familiares de cáncer, exposición solar y tipo de piel presentes en la muestra de estudio.
3. Clasificar por grupo de edad el estadio clínico y tamaño en centímetros del tumor.

MARCO TEÓRICO

El CBC es un tumor epitelial maligno de localización cutánea, que surge de células pluripotentes de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo a nivel del istmo inferior y de la protuberancia. Considerado como un tumor de bajo grado de malignidad, ya que puede conducir a una invasión local, destrucción tisular y recurrencias, que compromete la función y estética de la persona, con baja capacidad de producir metástasis. (2, 4, 7, 9,14-16)

Su etiología es multifactorial, con factores constitucionales (intrínsecos) y ambientales (extrínsecos), jugando un papel fundamental en su desarrollo. Entre ellos está relacionado con las radiaciones ultravioletas (UV) acumuladas y menos frecuentemente con otras causas (radiaciones ionizantes, agentes químicos). Se ha reconocido con amplitud el papel de la fotoexposición, donde ésta ha sido aceptada como el determinante de mayor importancia para el desarrollo de este tumor. 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. (2,6,7,14)

Este tipo de radiación favorece el proceso de apoptosis, generando mutaciones del p53 (en el 40-50% de los casos de CBC), que induce la formación de fotodímeros (ciclobutanopirimidina) y aumentando las mutaciones de los proto-oncogenes de la familia ras; además, producen mutaciones del gen supresor tumoral PTCH (human homologue Drosophila patched gene), en el cromosoma 9q (22). Después de la exposición solar, se elevan la interleucina-4 y la interleucina-10, disminuyendo la vigilancia antitumoral, factor que favorece el desarrollo de los tumores. (2, 15,16)

La duración y la cantidad de exposición a las radiaciones son elementos a tener en cuenta para valorar el riesgo. Si son intensas aunque sean por corto tiempo generan mayor riesgo de CBC. Cinco quemaduras solares antes de los 18 años aumentan la probabilidad en un 50% de cáncer cutáneo cuando se llega a la adultez. La RUV más

alta del planeta puede detectarse sobre el trópico en horas cercanas al medio día, ya su vez esta intensidad puede verse incrementada cuando se aumenta la altura sobre el nivel del mar. ^(17, 18)

Entre los factores predisponentes relevantes para desarrollar la entidad se citan:

Fototipo de piel: A menor fototipo de piel según Fitzpatrick tipo I, II, III, existe mayor riesgo de padecer de CBC. En la actualidad se estima, que tres de cada 10 personas de raza blanca, tienen la posibilidad de desarrollar un tumor de este tipo. En los pacientes albinos, los Carcinomas son de tipos histológicos más agresivos. ^(1, 4, 7,16)

Tratamiento con PUVA: un tema controversial, es la relación entre el desarrollo de cánceres de piel no melanoma y la fotoquimioterapia y la fototerapia. En pacientes tratados con PUVA, se ha visto una mayor incidencia de tumores. Esto es debido, al alto efecto mutagénico y carcinogénico acumulativo de las radiaciones UVA; sin embargo, en los CBC la conexión con el tratamiento de PUVA, no está clara.

Camas bronceadoras: son muy utilizadas en países no tropicales por considerarse sinónimos de bienestar y salud. En USA se calcula que alrededor de un millón de personas usan estos servicios a diario considerándolo poco perjudicial. Existe una relación dosis dependiente, entre la exposición en las camas solares, el fotodaño y la aparición de cáncer de piel. Se estima que el uso de radiaciones UVA (320-340nm), tres veces por semana por 30 minutos, en un período de 20 años duplicará el riesgo de neoplasias cutáneas. ⁽¹⁴⁾

Radiaciones ionizantes: la exposición ocupacional y la administración de tratamientos de radioterapia prolongados, se han asociado con CCNM. El incremento del riesgo para CBC, se limita al área expuesta a la radiación. Entre 20 a 40 años después de la exposición, puede desarrollarse este tumor. ^(7, 14,19)

Antecedente familiar de cáncer cutáneo, síndromes genéticos con fotosensibilidad como el xerodermapigmentoso, el albinismo y el síndrome de carcinomas basocelulares nevoides o síndrome de Gorlin. ^(6, 7, 16,17)

Formas Clínicas

En general el CBC es una lesión friable que no cicatriza, distribuida sobre áreas expuestas al sol. Se caracterizan por translucidez, ulceración, presencia de

telangiectasias y borde enrollado micronodular. Hay varios subtipos con características específicas: (2, 6,7)

Nodular: el más frecuente, representa el 50% de los carcinomas basocelulares. Es una pápula en sus inicios que se transforma en un nódulo de tamaño variable, de bordes bien delimitados, de superficie lisa y brillante, con presencia de telangiectasias. Si aparece la ulceración central da paso a la forma nódulo- ulcerada.

Superficial: placa eritematosa, descamativa, redonda u oval con pequeñas ulceraciones en su superficie. Puede tener un borde nodular perlado y se encuentra predominantemente en tronco morfeiforme: placa de color nacarado, infiltrada e indurada, de bordes mal definidos, que puede ulcerarse. Es uno de los subtipos más agresivos.

Ulcus Rothens: se presenta como una úlcera desde el principio, es de extensión superficial considerable y puede tener bordes indurados, se distribuye alrededor de los orificios naturales.

Terebrante: cáncer infiltrante y destructivo, de rápida evolución, que invade estructuras anatómicas profundas como cartílago, hueso, globo ocular, etc. Es agresivo, crece en profundidad, puede presentar pérdida considerable de sangre y sustancias.

Fibroepitelioma de Pinkus: pápula sésil eucrómica o rosada, ubicada a menudo en región lumbosacra, ingles y muslos, que puede presentar superficie verrugosa.

Pigmentado: es un subtipo del nodular con más melanización, representa el 25% de los CBC. Para muchos autores no constituye una variedad pues el pigmento puede estar presente en varias formas clínicas.

Aberrante: son los CBC que aparecen en sitios poco frecuentes como el escroto, la vulva, periné, pezones, axilas, periungueales. (2, 3, 6, 7, 14,15)

La distribución en áreas de fusión embriológica, alta densidad de nervios, la proximidad con el pericondrio y periostio así como el alto número de glándulas sebáceas, produce invasión más profunda y su exéresis es más compleja, por lo anterior existen áreas anatómicas de alto, mediano y bajo riesgo. (3, 4,16)

Áreas de alto riesgo o área H (High): abarca toda la cara (excepto frente y mejillas), genitales externos, palmas y plantas.

Áreas de mediano riesgo o área M (Médium): piel cabelluda, frente, mejillas y cuello.

Áreas de bajo riesgo o área L (Low): tronco y las extremidades. Para realizar el diagnóstico de esta entidad es necesario recoger

en la anamnesis algún factor predisponente que el paciente pueda aportar. El examen físico realizado puede apoyarse en la dermatoscopia y la certeza se obtiene con la histología al realizar exéresis de la lesión. La dermatoscopia es un método útil, que aproxima más al diagnóstico correcto de CBC; posee una sensibilidad del 93% y una especificidad del 89%. Los criterios dermatoscópicos incluyen: ^(20,21) La ausencia de criterios sugestivos de lesión melanocítica (ausencia de red de pigmento). Presencia de al menos un criterio positivo de CBC. Los criterios dermatoscópicos los podemos clasificar en: Patrón vascular: Se pueden observar dos tipos de vasos. Vasos gruesos con numerosas ramificaciones (arboriformes). Vasos finos truncados. Nidos ovoides grandes de color azul-grisáceo: son estructuras redondeadas u ovoides de color homogéneo y bordes nítidos, algunos confluyen; representan la presencia de melanina y de melanocitos hiperplásicos. Glóbulos múltiples azul-gris: semejantes a las anteriores pero de menor tamaño; constituirían formas iniciales de la pigmentación de un CBC. Áreas en hoja de arce o digitiforme: son estructuras bulbosas de color azul-gris o marrón; se suelen ubicar en la periferia y no se originan de retículos. Áreas radiadas o en rueda de carro (carreta): son proyecciones radiales de color marrón, azul o gris que parten de un centro hiperpigmentado. Es el hallazgo menos frecuente pero de alta especificidad (100%).

Ulceración: Área denudada de la superficie de la lesión, que suele estar cubierta por una costra serohemática. Pueden ser únicas o múltiples, de diferentes tamaños y de color rojo, azul o negro según el pigmento del tumor. La ulceración de un CBC puede producirse precozmente. Este proceder mejora la sensibilidad y la especificidad para el diagnóstico clínico de tumores pigmentados. La importancia de lograr este diagnóstico se basa en la necesidad de una detección precoz del melanoma, pero también facilita el reconocimiento de lesiones cutáneas pigmentadas no melanomas como el epitelioma basocelular pigmentado, angiomas y queratosis seborreicas. Los estudios disponibles en la literatura concluyen que la dermatoscopia realizada por dermatólogos es una técnica más precisa que el examen clínico, de utilidad tanto para el diagnóstico precoz como para reducir las intervenciones en lesiones benignas. ^(15, 17, 19,20)

El factor más relevante en el pronóstico de un cáncer de piel, es la precocidad de su diagnóstico para lograr efectivos tratamientos, de menor complejidad y secuelas. En este contexto, la dermatoscopia es de gran utilidad. En caso de (coloquial) ser un carcinoma Basocelular de pequeño tamaño, a veces inadvertido para la clínica, se diagnosticaría a tiempo para las ventajas de un tratamiento precoz.

Estos criterios corroboran este examen como una prueba diagnóstica de alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico del carcinoma Basocelular.⁽²⁰⁾

Histopatología Microscópicamente, los CBC muestran estructura formadas por nidos de células basalioides, en disposición aleatoria y con agrupamiento de células en la periferia, a modo de empalizada, rodeados por unos espacios claros “de retracción”. Las células tumorales presentan un núcleo hipercromático con citoplasma relativamente pequeño y mal definido. Existen numerosas figuras mitóticas, a veces atípicas, y un número bastante alto de apoptosis. En las zonas de alto índice de proliferación, se encuentra engrosamiento y duplicación de la membrana basal, mientras que dónde no se desarrolla ésta con frecuencia se advierten proyecciones en forma de pseudópodos citoplasmáticos. En la periferia de los nidos neoplásicos, las células tienen morfología cilíndrica, larga y estrecha, con escaso citoplasma y núcleo de tamaño considerable y fuertemente basófilo. Estas tienen menos desmosomas, lo cual parece ser responsable, en cierta medida, de la retracción que aparece entre los nidos tumorales y el estroma. Además, los espacios claros peritumorales se producen por degeneración vacuolar de las estructuras neoplásicas periféricas. El carcinoma basocelular presenta una considerable variabilidad en su morfología, y como consecuencia, se han definido numerosos subtipos histopatológicos.^(14, 22,23)

Tratamiento

Se divide en preventivo y específico.

A. Tratamiento preventivo:

Va encaminada a eliminar todos los factores predisponentes, mencionados con anterioridad, que pueden ser precursores para estos tumores. Se hace énfasis en la fotoprotección, ya que es un recurso dependiente del individuo y se puede actuar sobre él. Estrategias de Foto-educación. Aplicar foto protectores tópicos de amplio

espectro (UVB Y UVA) correctamente, como complemento de los hábitos sanos frente al sol (Factor de protección solar 30 o más) Desaconsejar el uso de las camas solares/lámparas bronceadoras.

Enseñar e inculcar el Autoexamen de la piel. (4, 9)

B. Tratamiento específico:

El tratamiento se establece en relación a la localización anatómica, las características histopatológicas y el comportamiento biológico, siendo el eje central de la terapéutica eliminar el tumor previniendo las secuelas funcionales y estéticas, aunque en ciertos casos avanzados el tratamiento es solo paliativo. (2, 3, 4, 17,23)

El arsenal terapéutico para el tratamiento de CBC es amplio. Sin embargo el de elección ante cualquier forma clínica es la resección quirúrgica (Cirugía micrográfica de Mohs o cirugía convencional), debido a que nos permite el control histológico de los márgenes del tumor traduciéndose en la curación del paciente. También se emplea la electrocoagulación, la radioterapia, la crioterapia, el láser, los inmunomoduladores, la quimioterapia local y la Terapia fotodinámica, pero su inconveniente es la ausencia del criterio histológico tanto diagnóstico como pronóstico. Por tanto es preciso un seguimiento mantenido para evaluar futuras recidivas. (2, 3, 7, 14,17)

Pronóstico

El CBC, se considera una enfermedad de lento crecimiento y localmente agresiva. La capacidad de dar metástasis tanto regionales como a distancia, a pesar de ser posible, se ha considerado como extremadamente poco habitual para estos tumores, estimándose entre 0,0028% y 0,5%, con menos de 400 casos reportados en la literatura desde que se describió por primera vez en 1894 por Beadles.⁽²⁴⁾

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 metastático cuya supervivencia es de 8 a 10 meses.⁽¹⁷⁾ El dominio del carcinoma basocelular es indispensable para el manejo adecuado de la entidad y la atención satisfactoria la solución de los pacientes, y está determinado por la dedicación de los profesionales a su labor, caracterizada por el

desarrollo de su capacidad científico técnica, el cumplimiento de los principios éticos y su deber de restablecer la salud del ser humano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para caracterizar aspectos clínico-epidemiológicos a los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular atendidos en el servicio Máxilo Facial del Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández del municipio Morón, en el periodo comprendido de Noviembre 2018 a Marzo 2020.

El **universo** estuvo constituido por los pacientes que acudieron al servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Provincial Docente "Roberto Rodríguez Fernández y la muestra 118 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional que respondieron a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes con diagnóstico clínico de Carcinoma Basocelular.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que sus historias clínicas estén incompletas.

Para la investigación se tendrá en cuenta los siguientes **métodos científicos**:

Métodos de obtención de los datos

Del nivel teórico:

El método **histórico – lógico** en la fundamentación de los sustentos teóricos del Carcinoma Basocelular en el contexto actual.

El método **analítico - sintético** en la identificación de los factores predisponentes del Carcinoma Basocelular.

El **dialéctico - materialista** en la determinación de las relaciones contradictorias que se dan en el objeto y que constituyen una fuente de desarrollo como base metodológica de la investigación.

Del nivel empírico:

La **revisión de documentos** de las Historias Clínicas individuales del servicio Máxilo Facial del Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández del municipio Morón para caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular, previo consentimiento de los pacientes para

acceder a su historia clínica.(Anexo 1)

Principales dimensiones e indicadores:

Principales dimensiones e indicadores				
Dimensiones	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Descripción	
Grupo de Edad.	Cuantitativa continua	20 - 34 35 - 59 60 - 74 75 y más	Años cumplidos	Valor absoluto y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia	Valor absoluto y porcentaje
Formas de presentación	Cualitativa nominal politómica	Carcinoma basocelular perlado Carcinoma Basocelularulcusrothens Carcinoma basocelular plano cicatrizal Carcinoma basocelularerebrantes	Según Forma Macroscópica	Valor absoluto y porcentaje
Síntomas clínicos	Cualitativa nominal	Asintomático Abscedado Secundariamente	Según sintomatología	Valor absoluto y porcentaje

Localización anatómica del tumor	Cualitativa nominal politómica	Frontal, Nasal, Geniana, Submentoneana, Pabellón Auricular, otras localizaciones	Según Localización anatómica del tumor en cabeza y cuello	Valor absoluto y porcentaje
Antecedentes Personales de cáncer	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según Historias Clínicas	Valor absoluto y porcentaje
Antecedentes patológicos familiares	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según Historias Clínicas	Valor absoluto y porcentaje
Exposición Solar	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según Historias Clínicas	Valor absoluto y porcentaje
Piel Blanca o Rosada	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según Historias Clínicas	Valor absoluto y porcentaje

Indicadores y dimensiones relacionados con el tumor				
Estadio Clínico	Cualitativa Ordinal	I II III	Según estadio tumoral. La etapa I y II engloban periodo inicial y	Valor absoluto y porcentaje

		IV	III y IV fases avanzadas	
Tamaño del tumor Primario	Cuantitativa nominal continua	≤ 2 2-4 >4	Tamaño del tumor en centímetros	Valor absoluto y porcentaje

Aspectos éticos: Esta investigación fue sometida al análisis de la Comisión de Ética y tuvo presente la privacidad y confidencialidad de la información, de igual forma se veló por el cumplimiento de los principios éticos de la investigación científica y los resultados solo fueron divulgados en los medios científicos adecuados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular, según el grupo de edad y el sexo, en el periodo comprendido de Noviembre de 2018 a Marzo de 2020. "Caracterización clínica-epidemiológica de los pacientes con Carcinoma Basocelular atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del municipio Morón".

Grupo de Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 34	2	1.7	1	0.8	3	2.5
35 - 59	13	11.0	6	5.1	19	16.1
60 - 74	35	29.7	26	22.0	61	51.7
75 y más	21	17.8	14	11.9	35	29.7
Total	71	60.2	47	39.8	118	100

Fuente: Historias Clínicas.

Al analizar la distribución de la población examinada según edad y sexo se observó que más de la mitad de los pacientes con diagnóstico de CBC (60.2%) pertenecía al sexo masculino. En cuanto a la edad el grupo etario que más se vio afectado fue el de 60-74 años donde se encontraron 61 pacientes diagnosticados para un (51.7%). la vida, Esto se debe a que su incidencia aumenta con la edad siendo más frecuente en el sexo masculino a partir de la tercera edad, dato que coincide con la investigación realizada por el Dr. Roger HW, en el que muestra que afecta a ambos sexos con un 66% en el sexo masculino y un 34% en el femenino y el grupo de edad que más se representó fue el de 60 a 78 años⁽²⁵⁾. Al igual el estudio realizado por la Dra. Viñas García. M donde se afectó a ambos sexos con un ligero predominio del masculino donde el hombre está más expuesto a la acción de los rayos solares, al calor y a las noxas profesionales; factores que predisponen por los cambios que se producen en la piel, a la aparición de lesiones cancerosas.⁽¹²⁾ En otros estudios

latinoamericanos tampoco hubo coincidencia, ya que estos plantearon la existencia de un predominio en el sexo femenino, atribuido al hecho de que las mujeres tienen mayor preocupación por su aspecto que los hombres y buscan mayor atención médica.

El predominio de casos en los grupos de mayor edad fue consistente con lo reportado en la historia natural del carcinoma basocelular. Este dato de incidencia se vio dramáticamente aumentado cuando la edad superó los 70 años. ^(27,30,31)

Tabla 2. Distribución de pacientes con Carcinoma Basocelular según la forma de presentación.

	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Perlado	34	28.8	18	15.3	52	44.1
Ulcusrothens	10	8.5	8	6.8	18	15.3
Plano cicatrizal	22	18.6	15	12.7	37	31.4
Terebrantes	5	4.2	6	5.1	11	9.3
Total	71	60.2	47	39.8	118	100

Luego de observar la anterior tabla donde se muestra la distribución de los pacientes diagnosticados con CBC según su forma de presentación predominó el CBC en su forma perlado con 52 pacientes para un (44,1%) como pápula de aspecto céreo o perlado, seguido de CBC plano cicatrizal con un (31,4%) como elevación que se ulcera y cicatriza y después en el transcurso de su evolución vuelve a ulcerarse. En un menor porcentaje el CBC ulcusrothens (15,3%) como ulcera costrosa con bordes redondeados y lisos que se extiende periféricamente y el CBC terebrantes con un (9,3%) con tendencia a formar cavidades profundas y terebrantes en las comisuras labiales o próximas a ellas.

Según los estudios consultados, el Dr. Roger HW muestra un predominio de la forma Plano cicatrizal con un 44% del total de su población ⁽²⁵⁾ dato que no coincide en su totalidad, sin embargo en la investigación realizada en la provincia de Artemisa, Cuba

por la Dra. Viñas García. M en el cual plantea que al asociarse a la población de piel blanca con otro factor como la exposición a radiaciones ultravioletas, se evidenció una degeneración cutánea e hiperqueratosis, que posteriormente se convirtió en carcinoma. Es decir, se produjo un sinergismo en la causalidad de este problema de salud pública. La mayoría de los carcinomas basocelulares según la forma clínica de presentación, fueron del tipo nodular perlado. Se encontró que las tres cuartas partes de los carcinomas basocelulares fueron del tipo nodular y solo una cuarta parte correspondió a la suma del resto de las otras formas clínicas de presentación. ⁽¹²⁾

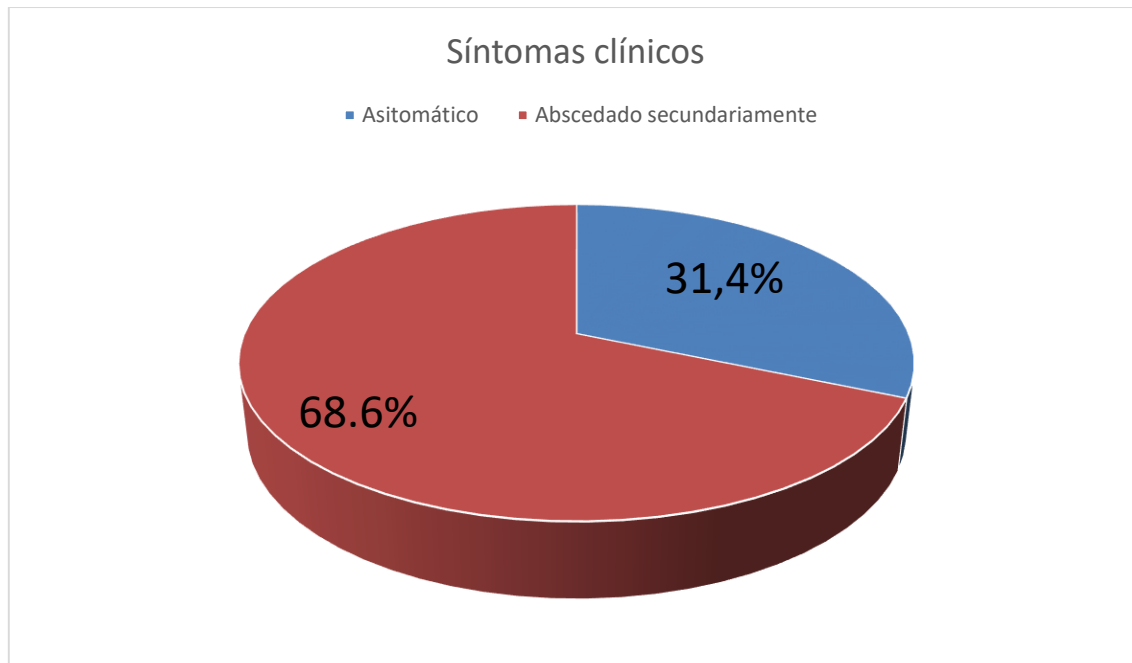


Gráfico 1 Distribución de pacientes con Carcinoma Basocelular según la presencia de síntomas.

En el gráfico se muestra la distribución de los pacientes diagnosticados con CBC según la presencia de síntomas donde predominaron los pacientes abscedados secundariamente con un (68,6%) el mayor por ciento de estos pacientes fueron atendidos por primera vez en la consulta de Cirugía Maxilo facial a causa de del dolor producido por el proceso séptico lo que permitió su diagnóstico y seguimiento. El 31,4% de los pacientes en estudio eran asintomáticos. Los carcinomas basocelulares

comienzan como formaciones muy pequeñas, brillantes, durasy abultadas, que aparecen sobre la piel y se agrandan muy lentamente, aunque la velocidad de crecimiento varía enormemente de un tumor a otro. Además, el borde del cáncer suele adquirir un aspecto blanco perlado. Esta es su forma de presentación más frecuente, en forma de pápula perlada con vasos sanguíneos en su superficie. No obstante, en ocasiones pueden crecer aplanados y se asemejan ligeramente a cicatrices. Por otra parte, este tipo de cáncer cutáneo puede sangrar, o puede ulcerarse, o formar costras en el centro. Además, en lugar de extenderse (hacer metástasis) hacia otros lugares del cuerpo, los carcinomas basocelulares, suelen invadir y destruir los tejidos circundantes, incluyendo nervios, huesos y cerebro. Es decir, en la mayoría de casos se limitan a crecer lentamente dentro de la piel, invadiendo y destruyendo, y casi nunca se diseminan a otras partes del organismo.⁽³²⁾

Tabla 3: Distribución de pacientes con Carcinoma Basocelular según localización anatómica.

Localización anatómica	Nº	%
Frontal	35	29.7
Nasal	47	39.8
Submentoneana	7	5.9
Geniana	18	15.3
Otras localizaciones	11	9.3
Total	118	100

La tabla muestra la distribución de pacientes con CBC según su localizaciónanatómica donde podemos observar que predomina su aparición en la

región nasal con 47 pacientes para un(39,8%), seguido de la región frontal con 35 pacientes para un 29.8%, en menor incidencia la región geniana con 18 pacientes. Según la Dra. Viñas García. M la región anatómica más susceptible a la aparición del CBC en este estudio, fue la nasal con 46,1 %. Coincidió con estudios latinoamericanos y de Europa ⁽²⁶⁻²⁹⁾ que expusieron similares resultados en sus series. En esta zona existen distintos factores como son la mayor densidad de nervios y de glándulas sebáceas, además de que la dermis se encuentra más cercana al pericondrio, periostio y músculo, lo que favorece que el tumor desarrolle extensiones laterales y profundas más importantes. ⁽²⁸⁾

Además, todos los autores coinciden con el criterio de que los CBC son más frecuentes en los sitios más sobresalientes.

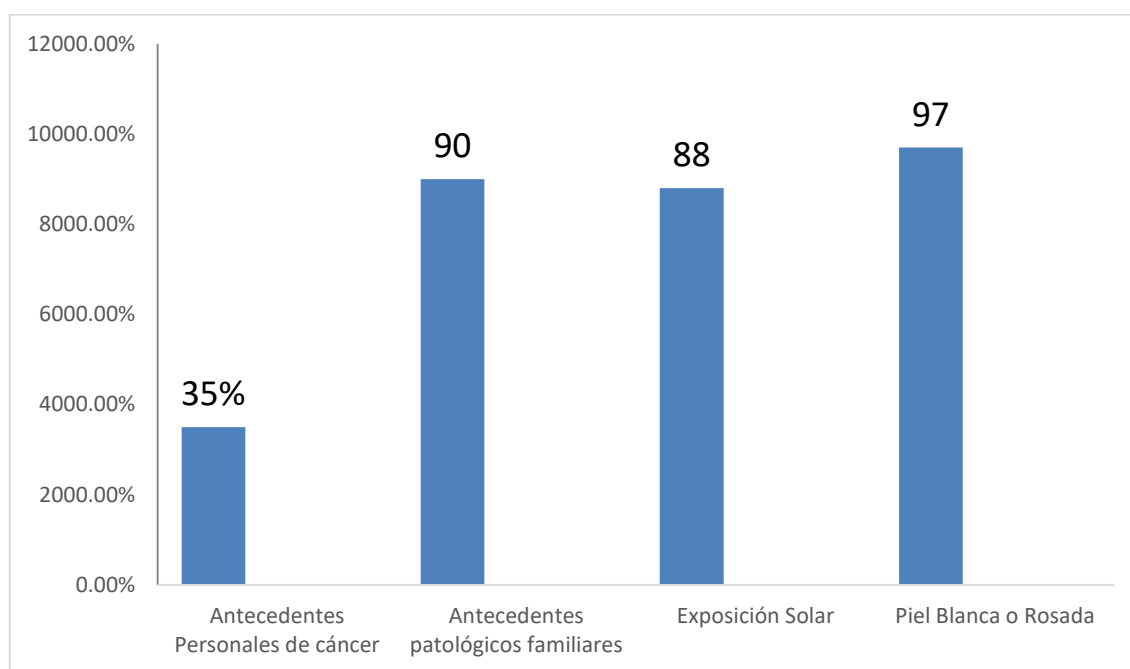


Grafico 2. Distribución de pacientes con Carcinoma Basocelular según factores predisponentes.

En el grafico se muestra la distribución de los pacientes con CBC según los factores predisponentes donde podemos observar que afecto en mayor número a los pacientes de piel blanca o rosada para un 97%, seguidos de los pacientes antecedentes patológicos familiares en un 90% y seguidos de los pacientes con exposición solar con un 88%, en una menor tasa de incidencia los pacientes con antecedentes personales de cáncer en un 35%. La piel protege al resto del cuerpo de los rayos solares. Posee unas células (melanocitos) productoras de un pigmento llamado melanina, que se incrementa tras la exposición cutánea al sol, y es la responsable de dar color a la piel. Esta sustancia tiene efecto protector de forma natural, dado que absorbe la energía de los rayos ultravioleta y evita que éstos penetren más profundamente en los tejidos, dando lugar a alteraciones que podrían favorecer la aparición del cáncer cutáneo. Las personas con piel oscura tienen más melanina, por lo que son más resistentes a los efectos negativos del sol, como quemaduras, envejecimiento cutáneo prematuro y cáncer de piel. En cambio, las personas con piel blanca tienen menos melanina en su piel, y en consecuencia no se broncean adecuadamente y se queman fácilmente, incluso con breves exposiciones al sol. En una exposición crónica a las radiaciones solares se produce una alteración en el desarrollo normal de la dermis, con degeneración de las fibras de colágeno y cambios en los tejidos, que traen consigo una pérdida de elasticidad de la piel. Ello hace que la piel tome un aspecto arrugado y con profundos surcos, típico de trabajadores del campo y marineros.⁽³²⁾ Según Dra. Viñas García. M. Los campesinos y constructores fueron los más afectados y en cuanto al color de la piel el 98,8 % lo constituyeron los pacientes de piel blanca.⁽¹²⁾ Estos datos coinciden con el Dr. RogerHW plantea que el 75% de sus pacientes lo presentaban fundamentalmente, en la piel de zonas descubiertas de ropa (piel de la cara, extremidades y cuero cabelludo) y su aparición está estrechamente ligada con la exposición a los rayos solares.⁽²⁵⁾

Tabla 5. Distribución de pacientes por grupo de edad con Carcinoma Basocelular según la etapa clínica.

	20-34		35-59		60-74		75 y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Etapa I	3	2.5	9	7.6	15	12.7	12	10.2	39	33.1
Etapa II	0	0	10	8.5	27	22.9	14	12.9	51	43.2
Etapa III	0	0	0	0	16	13.6	4	3.4	20	16.9
Etapa IV	0	0	0	0	3	2.5	5	4.2	8	6.8
Total	3	2.5	19	16.1	61	51.7	35	29.7	118	100

La tabla muestra la distribución de los pacientes con CBC por grupos de edad según la etapa clínica donde podemos observar un mayor número de pacientes en la etapa II en un 43.2%, se puede observar también que con el aumento de la edad fueron apareciendo pacientes en las Etapas III y IV por lo cual en los grupos etarios de 20-34 y 35-59 no se encontró ningún caso en las fases III y IV. Estos datos coinciden con las bibliografías consultadas ^(25,12)

Tabla 6. Distribución de pacientes por grupo de edad según el tamaño del tumor primario en centímetro.

Tamaño del tumor primario (cm)	20 – 34		35-59		60-74		75 y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
≤2	3	2.5	19	16.1	42	35.6	26	22.0	90	76.3
2-4	0	0	0	0	16	13.6	4	3.4	20	16.9
>4	0	0	0	0	3	2.5	5	4.2	8	6.8
TOTAL	3	2.5	19	16.1	61	51.7	35	29.7	118	100

En esta tabla que muestra la distribución de pacientes por grupo de edad según el tamaño del tumor primario en centímetro podemos ver que el mayor número de pacientes presento la lesión de tamaño menor o igual a 2cm con 90 pacientes para un 76.3% el cual tuvo su mayor incidencia en pacientes del grupo de 60-74 años en un 35.6%, el aumento del tamaño del tumor estuvo relacionado con el incremento de la edad por lo que tenemos que en los grupos de 20-34 y 35-59 no se encontraron pacientes con tumores de 2-4cm ni mayores de 4cm. Esto difiere del estudio realizado por el Dr. Roger Owen el cual todos los pacientes de su muestra presentaban CBC mayores de 3cm.⁽²⁵⁾

Estos datos coinciden con los planteados por Dra. Viñas García. M.⁽¹²⁾

CONCLUSIONES

Al caracterizar clínica-epidemiológicamente a los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular pertenecientes al Hospital Provincial Docente “Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, en el periodo comprendido de noviembre de 2018 marzo de 2020 se obtuvo que, la mayoría de los pacientes eran del sexo masculino, tenían entre 60 y 74 años y presentaban un carcinoma basocelular forma perlado. En el mayor porcentaje de los casos las lesiones se presentaron abscedados secundariamente. La localización anatómica de la región nasal y la piel blanca y rosada como factor predisponentes, fueron las más frecuentes. Teniendo en cuenta la etapa clínica del CBC prepondero la etapa II en todas las edades excepto en el grupo de 20 a 34 años y según el tamaño del tumor primario en centímetro, el mayor número de pacientes lo presento menor de 2cm indistintamente al grupo etario.

RECOMENDACIONES

Realizar una caracterización clínica y epidemiológicamente de los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular pertenecientes al Hospital Provincial “Dr. Antonio Luaces Iraola”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Acosta A, Rueda X. Indicaciones terapéuticas del carcinoma basocelular y escamocelular según sus factores de riesgo. En: Cirugía Plástica, reconstructiva y estética de cabeza y cuello. 3er ed. Tomo2. Colombia: Amolca; 2008. p. 965-84.
- 2- Arenas R. La piel. Atlas Dermatología Diagnóstico y Tratamiento. 5a ed. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2012. P.745-49.
- 3- Porras N, Norris-Squirrell F. Extirpación quirúrgica de carcinoma basocelular de cuero cabelludo. Dermatol RevMex [Internet]. 2016 [citado 2 Feb 2017]; 60:51-54.Disponible en:
http://www.medigraphic.com/pdfs/derreumex/rmd_2016/rmd161h.pdf
- 4- Gaviria Uribe A, Ruiz Gómez F, Muñoz NJ. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. Guía completa para uso de profesionales de salud [Internet]. 2014 [citado 10 Marzo 2016]; 33:32-123.Disponible en:
<https://www.gpc.minsalud.gov.co/guias/documents/Cancer%2520Basocelular/GUIA%2520CARCINOMA%2520BASOCELULAR-%2520PROFESIONALES.pdf>
- 5- Gutiérrez Vidrio RM. Cáncer de piel. Revista FacMed UNAM [Internet]. 2003 [citado 15 Dic 2015]; 46(4). Disponible en: <https://www-ejournal.unam.mx/rfm/no46-4/RFM46411.pdf>
- 6- Andrews. Dermatología Clínica. Nevus, neoplasias y quistes epidérmicos. Vol. II. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana; 2014. p. 820-29.
- 7- Fitzpatrick's, Wolff K, Richard A. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 7ta ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana; 2013. p. 240-46.
- 8- Mancebo SE, Hu JY, Wang SQ. Sunscreens: A Review of Health Benefits, Regulations, and Controversies. DermatolClin. 2014; 32(3):427-38. Citado en Pub Med; PMID: 24891063.
- 9- Secretaría de Salud México. Guía de Práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma Basocelular[Internet]. 2013 [citado 21Jun2016].Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/pagues/guias.aspx>

- 10- Criscione VD, Weinstock MA, Naylor MF. Actinic keratoses: Natural history and risk of malignant transformation in the Veterans Affairs Topical Tretinoin Chemoprevention Trial. *Cáncer*. 2013; 115(11):2523-30. Citado en Pub Med; PMID: 19382202.
- 11- Anuario Estadístico de Salud. Cuba [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013. Disponible en: https://www.files.sld.cu/bvscuba/files/2013/05/anuario_2009e3.pdf
- 12- Viñas García M, Algozaín Acosta Y, Álvarez Campos L. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. *Rev Cubana de Estomatología* [Internet]. 2011 [citado 21 Jun 2016]; 48(2):121-28. Disponible en: https://www.new.medigrafic.com/egi_bin/resumen.cgi?IDARTICULO=33763
- 13- Viñas M, Álvarez L, Quintana JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Hospital General Docente "Ciro Redondo García" Artemisa durante la última década. *Rev Cubana Estomatología* [Internet]. 2011 Abr-Jun [citado 21 Jun 2016]; 48(2). Disponible en: https://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034_75672011000200004
- 14- Burns T, Breathnach S, Cox N. *Rook's textbook of dermatology*. 8va ed. USA: Wiley Blackwell A John Wiley& Sons: Ltd; 2013.
- 15- Urrego-Rivera FL, Faura-Berrugab C. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. *RevClinMedFam*[Internet]. 2015 [citado 21 Jun 2016]; 8(1): 166-77. Disponible en: <https://www.scielo.isciii.es/pdf/albacete/v8n2/paciente.pdf>
- 16- Alcalá Pérez D, Medina Bojórquez A, Torres González S. Correlación clínica, histológica y dermatoscópica del carcinoma basocelular. *Rev Cent Dermatol* [Internet]. 2013 [citado 19 Jun 2016]; 22(1):5-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2013/cd131a.pdf>
- 17- Cajina Vázquez A. Carcinoma Basocelular. *RevMéd De Costa Rica Y Centroamérica* Lxix [Internet]. 2012 [citado 19 Jun 2016]; (603):325-29. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/603/art2.pdf>
- 18- Roldán Marín R, Ortega B. Criterios Dermatoscópicos de lesiones melanocíticas y melanoma cutáneo en regiones anatómicas especiales: zona facial y acral. México

- [Internet]. 2014 [citado 19 Jun 2016]; 3. Disponible en: https://www.medigraphic/cosmetico/dcm_2014/dcm1431.pdf
- 19- Sánchez G. Factores de riesgo de carcinoma basocelular. Un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. Actas Dermo-sifiliográficas [Internet]. 2012 [citado 21 Jun 2016]; 103 (4):293-300. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/factoresriesgo-carcinoma-basocelular-un/articulo/S0001731011004212/>
- 20- Malvehy J, Llambrich A, Puig S. La Piel en La Práctica Diaria. Signos guía en el diagnóstico diferencial en dermatoscopia. Barcelona. España: Elsevier; 2013.
- 21- Scalvenzi M, Lembo S, Francia MG. Dermatoscopic patterns of superficial basal cell carcinoma. Int J Dermatol.2011; 47(10):1015-8. Citado en Pub Med; PMID: 18986346.
- 22- Victoria HO. Caracterización clínica e histopatológica del cáncer cutáneo no melanoma. Rev AMC [Internet]. 2010 Mayo-Jun [citado 21 Jun 2016]; 14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300006
- 23- Paola Castañeda G, Eljure Téllez J. El cáncer de piel, un problema actual. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2016 [citado 15 feb 2017]; 59(2). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un_2016/un162b.pdf
- 24- Rappoport W, Veloso O, Rodrigo F. Carcinoma basocelular metastásico. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2016 [citado 15 feb 2017]; 76:347-52. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v76n3/cort15.pdf>
25. Rogers HW, et al. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States, 2006. Arch Dermatol 2010; 146(3): 283-7.
26. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre carcinoma basocelular. Carcinoma espinocelular. Guía de recomendaciones; 2005. p. 7-18. [citado: 22 abr 2020]
27. Ruiz Lascano A, Kuznitzky R, Garay I, Ducasse C, Albertini R. Factores de riesgo para carcinoma basocelular: estudio de casos y controles en Córdoba. Medicina (B.

Aires) [serie en internet]. 2005 [citado: 22 mar 2020]; 65(6): [aprox. 15 p.]. 495-500. Disponible

en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000600004&lng=es

28. Charlín Pato G, Serrano Peña J, del Poso Losada J. Carcinoma basocelular. Guías clínicas. 2005;5(6) [citado: 26 mar 2020] Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Basocelular.pdf>

29. Flaminio Rojas R, Díaz Martines LA. Características clínicas de los pacientes con CBC. Una serie de 305 casos en Bucaramanga. MedUNAB. 2002;5(14):69-74.

30. . Nova Villanueva J, Sánchez Vanegas G, Porras de Quintana L. Cáncer de piel: perfil epidemiológico de un centro de referencia en Colombia, 2003-2005. Rev Salud Pública. [serie en internet]. 2007 [citado: 22 abr 2020]; 9(4): [aprox. 15 p.]. 595-601. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es

31. Calderón Pacheco JO. Comportamiento clínico epidemiológico y manejo del carcinoma basocelular en el Centro Nacional de Dermatología. Dr. Francisco José Gómez Urcuyo, Managua, Nicaragua. Tesis para optar por el título de especialista en dermatología; 2008.

32. Charlín Pato G, Serrano Peña J, del Poso Losada J. Carcinoma basocelular. Guías clínicas. 2005;5(6) [citado: 26 mar 2020]

Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Basocelular.pdf>

AVAL DEL TUTOR.

Por medio de la presente autorizo que el Trabajo de Terminación de Especialidad, Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con Carcinoma Basocelular atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del municipio Morón del autor Dr. Dainel Noy Díaz , en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral sea presentado al Acto de Defensa.

Para que así conste, y en virtud de los derechos que se me conceden como tutor de la tesis firmo la presente certificación en la ciudad de Morón, a los 6 días del mes de noviembre del año 2020.

Dr. Yan Alberto Marichal Martínez.