

Relación clínico histopatológica de lesiones tumorales de la piel

Clinico-histopathological relationship of tumoral lesions of skin

Dra. Laura Lazo Sánchez

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal para determinar la relación entre el diagnóstico clínico e histopatológico de lesiones tumorales de la piel, tomando como universo a 300 pacientes que presentaron este tipo de lesión y acudieron a la consulta de Dermatología del Hospital Militar de Camagüey, desde enero hasta diciembre del 2004. Se constituyó la muestra con 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La fuente primaria de los datos la constituyó la entrevista del paciente, su examen físico, y el resultado histológico del departamento de Anatomía Patológica. Se confeccionó una encuesta que se convirtió a partir de su llenado, en el registro primario de la investigación. A todos los pacientes se les hizo el diagnóstico clínico y se les practicó biopsia por excisión elíptica de la lesión. Se relacionó el diagnóstico clínico con el histopatológico. Los datos obtenidos se procesaron por medios automáticos. Se observó un franco predominio en los pacientes de 60 y más años (41%), así como en los de color blanco de la piel (87 %). El 84 % de los enfermos eran obreros agrícolas, pescadores fluviales y jubilados. Las localizaciones más frecuentes (62 %) fueron la cara, el cuero cabelludo y el antebrazo. El tiempo de evolución que predominó fue el de más de 1 año (52 %). El carcinoma basal, la queratosis actínica y el queratoacantoma, representaron los tipos de lesiones más frecuentes (70 %). En el 95 % de los casos se comprobó una marcada coincidencia clínico histopatológica.

DeCS: NEOPLASIAS CUTÁNEAS/ patología; BIOPSIA; EXAMEN FÍSICO; ANCIANO; DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

ABSTRACT

A descriptive longitudinal study was carried out to determine the relationship between clinical and histopathological diagnosis of tumoral lesions of skin. The universe was composed of 300 patients who presented this type of lesion and attended to Dermatology consultation at the Military Hospital of Camagüey, from January to December 2004. The sample was completed with 100 patients that fulfilled the inclusion criteria. The primary source of data was patient's interview, his physical examination and the histological result from pathologic anatomy department. A survey was elaborated which represented the primary register of research. All patients were performed clinical diagnosis and a biopsy by elliptical excision was practiced. Data obtained were processed by computed programs. It was observed a clear prevalence in 60 years patients and over (41%), as well as in white skin (87%). The 84% of sick were farmers, fishermen and retired. The most frequent localizations (62%) were face, scalp and forearm. The evolution time that predominated was that of more than 1 year (52%). Basal cell carcinoma, actinic Keratosis and Keratoacanthoma represented the most frequent lesions (70%). In 95% of the sick, a marked clinical histopathological coincidence was proved.

DeCS: SKIN NEOPLASMS/pathology; BIOPSY; PHYSICAL EXAMINATION; AGED; DIAGNOSIS CLINICAL.

INTRODUCCIÓN

La piel está constituida por diversos elementos complejos y variables que se encuentran en incesante renovación y transformación. De manera singular, esto puede apreciarse en las células lábiles de la epidermis, que sufren constantes divisiones y están expuestas al contacto directo de muchos agentes carcinogénicos ambientales e influencias del medio interno que dan lugar a la formación de lesiones tumorales.¹

Actualmente se le confiere especial importancia a los tumores cancerosos de la piel, que constituyen el grupo de neoplasias malignas más frecuentes en la población de piel blanca en todo el mundo.^{2,3}

El cáncer de piel no melanoma muestra la más alta incidencia de cáncer de piel a nivel mundial, por lo que representa una alta morbilidad que contrasta con su baja mortalidad. La más frecuente de estas neoplasias es el carcinoma basocelular y en menor proporción el carcinoma de células escamosas, aunque este último se ha incrementado en los últimos años.⁴

En Europa el cáncer de piel no melanoma posee una incidencia anual de 100 casos por 100 000 habitantes, siendo 10 veces más frecuente que el melanoma.⁵

En Cuba, según estudios realizados en La Habana, Las Tunas y Camagüey, las lesiones tumorales cutáneas poseen una alta incidencia, evidenciando que el carcinoma basal representa la mayor cantidad de casos.⁶⁻⁹

Para realizar un diagnóstico dermatológico correcto se necesita de una historia clínica que contenga una anamnesis cuidadosa, un examen físico exhaustivo, así como un estudio histopatológico preciso en determinados pacientes. A veces el cuadro clínico es evidente para establecer con facilidad el diagnóstico, pero otras veces es atípico y engañoso, ya sea por el grado de evolución, o bien por las modificaciones clínicas asociadas a tratamientos instaurados. En estos casos el medio más eficaz para obtener un diagnóstico con exactitud es la biopsia cutánea, constituye un procedimiento que permite obtener informaciones rápidas y útiles en el diagnóstico de múltiples afecciones cutáneas.¹⁰ El objetivo de nuestro estudio es determinar la relación entre el diagnóstico clínico e histológico de diversas lesiones tumorales cutáneas.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal a pacientes con tumores cutáneos, que acudieron a la consulta de dermatología del Hospital Militar desde enero hasta diciembre del 2004. El universo estuvo constituido por 300 pacientes que presentaron lesiones tumorales cutáneas y que cumplieron con los criterios de inclusión

establecidos en el estudio. Se conformó una muestra con 100 casos, la cual fue escogida por el método aleatorio simple.

Se analizaron las variables de caracterización demográfica (grupo de edades, sexo, color de la piel y ocupación), localización, tiempo de evolución y tipo de afección, que respondían a los objetivos propuestos. La fuente primaria de los datos la constituyó la entrevista del paciente, el examen físico, y el resultado histológico del departamento de Anatomía Patológica. Los pacientes fueron encuestados por los autores previo consentimiento informado. Estas encuestas una vez llenadas, constituyeron el registro primario de la investigación.

Se incluyeron los pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos, voluntariedad y mayores de 15 años de edad de cualquier sexo y color de la piel, a los que se les practicó biopsia por excisión elíptica de la lesión, con el objetivo de determinar la relación clínico histopatológica, de acuerdo con las normas de la especialidad.

Fueron excluidos del estudio los pacientes caquéticos, con enfermedades crónicas descompensadas, VIH/SIDA, enfermedades que modifican el cuadro clínico de la lesión tumoral y antecedentes de reacción alérgica a la lidocaína al 2 %.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el sistema Microstat. Se aplicó el método estadístico de distribución de frecuencia.

RESULTADOS

Se comprobó un marcado predominio de lesiones tumorales en pacientes de piel blanca con 87 enfermos (87 %), en relación con los de piel mestiza con 9 pacientes (9 %), y los de piel negra con 4 enfermos (4 %).

Con respecto a la edad y al sexo predominó el grupo representado por los pacientes de 60 y más años con 41 (41%), tanto en el sexo masculino (23 %), como en el femenino (18 %). Se constató un discreto predominio del sexo masculino con 56 pacientes (56 %), con respecto al femenino con 44 (44 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según grupo de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menores de 20	6	6	5	5	11	11
20 a 39	12	12	7	7	19	19
40 a 59	15	15	14	14	29	29
60 y más	23	23	18	18	41	41
Total	56	56	44	44	100	100

Fuente: Encuesta

Se constató que el mayor número de pacientes correspondió a los obreros agrícolas con 41 pacientes (41%), y la menor afectación se observó en el personal administrativo con sólo casos (6 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según ocupación

Ocupación	No.	%
Obreros agrícolas	41	41
Pescadores fluviales	24	24
Jubilados	19	19
Estudiantes	10	10
Administrativos	6	6
Total	100	100

Fuente: Encuesta

El mayor número de enfermos presentó lesiones tumorales en la cara con 42 pacientes (42 %). Se comprobó que la localización en los pies, representó el menor número de casos con sólo 2 pacientes (2 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según localización anatómica

Localización anatómica	No.	%
Cara	42	42
Cuero cabelludo	11	11
Antebrazo	9	9
Manos	8	8
Cuello	8	8
Tórax	7	7
Espalda	7	7
Múltiples	6	6
Pies	2	2
Total	100	100

Fuente: Encuesta

En cuanto al tiempo de evolución de las lesiones, se constató un predominio en las que persistieron por más de un año con 52 pacientes (52 %). Las lesiones aparecidas desde el nacimiento representaron el menor número de enfermos con 8 pacientes (8 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución según tiempo de evolución

Tiempo de evolución	No.	%
Desde el nacimiento	8	8
Menos de 6 meses	17	17
De 6 meses a 1 año	23	23
Más de 1 año	52	52
Total	100	100

Fuente: Encuesta

Se comprobó un marcado predominio del carcinoma basocelular con 44 pacientes (44 %). Las lesiones cutáneas con menor incidencia fueron el granuloma piógeno (3 %), la queratosis folicular invertida (2 %), el dermatofibroma (1%) y el carcinoma epidermoide (1%).

Al examinar la relación clínico histopatológica, se constató que hubo una total coincidencia diagnóstica (100 %) en la queratosis actínica y seborreica, los nevus, el

quiste de inclusión epidérmica, el granuloma piógeno, el carcinoma epidermoide y el dermatofibroma. Esto representó una adecuada relación clínico histopatológica en el 95 % del total de los pacientes estudiados. En cinco enfermos (5 %) no se realizó un diagnóstico clínico correcto al ser comparado con el resultado de la histología, pues en la queratosis folicular invertida no hubo coincidencia clínico histológica en los dos pacientes encontrados (2 %), en el queratoacantoma en 1 caso (1 %), y el carcinoma basocelular con un total de 44 pacientes representó el menor error diagnóstico (2 %) (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución según tipo de lesión y relación clínico histológica

Tipo de lesión	No. de casos	Coincidencia clínico histológica			
		si	%	no	%
Carcinoma basocelular	44	42	42	2	2
Queratosis actínica	14	14	14	-	-
Queratoacantoma	12	11	11	1	1
Nevos	9	9	9	-	-
Queratosis seborreica	5	5	5	-	-
Quiste de inclusión epidérmica	5	5	5	-	-
Cuerno cutáneo	4	4	4	-	-
Granuloma piógeno	3	3	3	-	-
Queratosis folicular invertida	2	-	-	2	2
Carcinoma epidermoide	1	1	1	-	-
Dermatofibroma	1	1	1	-	-
Total	100	95	95	5	5

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

El predominio del grupo de 60 y más años se explica porque el mayor número de pacientes en nuestro estudio fueron afectados por el carcinoma basal (44 %), que aparece generalmente después de la sexta década de la vida. La distribución por sexo de las áreas de salud que atiende nuestro hospital es del masculino 50,7 % y del femenino 49,3 %, por lo que los resultados obtenidos se corresponden con la muestra.⁹

*Larrondo y Hernández*¹⁰ plantean que las lesiones tumorales de la piel son más frecuentes hacia la quinta y sexta década de la vida y su incidencia es más elevada en los hombres que en las mujeres, aumentando progresivamente con la edad.

*Marquina Vila*¹¹ en Valencia, España, encuentra un predominio en hombres de 61-70 años de edad (49,2 %), con tendencia general al incremento de la frecuencia según aumentaban los años de vida, lo que se corresponde con nuestro estudio.

*Burstein*¹² y *Beckenstein y Windle*¹³, en sus trabajos realizados en Estados Unidos señalan que la capacidad que tiene la piel para defenderse de los efectos de la radiación solar mediante la pigmentación cutánea, explica por qué hay una menor incidencia de las lesiones tumorales en la piel negra, aún en los climas tropicales, en tanto que las personas de piel blanca, debido a su relativa incapacidad para broncearse, son especialmente vulnerables al daño solar.

Nuestros resultados coinciden con lo expresado por *Beacham*¹⁴ que en un estudio de 200 pacientes, refiere que existe una estrecha relación entre el tiempo de exposición a las radiaciones solares y el posterior desarrollo de tumores cutáneos, en especial de cáncer no melanoma, plantea que a un mayor tiempo de exposición, mayor riesgo de padecerlas.

En Francia, *Lepardieu*¹⁵ expresa que la exposición prolongada a la luz solar es un factor predisponente de importancia para la aparición de cánceres de la piel.

Como Cuba es un país tropical, pudiera explicarse su mayor frecuencia en las personas que profesionalmente se exponen por largos períodos de tiempo a la luz ultravioleta.

Nuestro resultado se corresponde con el obtenido en México por *Carbajosa y Arenas*¹, que afirman que la principal localización de los tumores epiteliales está en las áreas de mayor exposición solar crónica, especialmente, en el cuero cabelludo y la cara, resultando menos frecuentes en el tronco y las extremidades,

Por su parte, *Chuang y Popescu*¹⁶ y *Reizner*¹⁷, plantean que los tumores cutáneos aparecen frecuentemente en la cabeza y el cuello, con particular predilección por la parte superior y central de la cara, lo que concuerda totalmente con nuestro estudio en el que comprobamos que la mayoría de los pacientes (65 %), se sometían por su ocupación a períodos prolongados de exposición a las radiaciones ultravioletas.

*Menéndez García*⁶ refiere en un estudio realizado en La Habana que las lesiones tumorales de más de un año de evolución predominaron, lo que concuerda con nuestros resultados.

Los investigadores norteamericanos *Murphy*⁶ y *Burstein*¹², afirman que las lesiones tumorales de la piel son de crecimiento lento, insidioso y progresivo, lo que las lleva a persistir por meses y años.

*Menéndez García*⁶ reporta una alta incidencia del carcinoma basal, con un predominio del 49 %. El estudio de *Ganda*¹⁸ en Chile se corresponde con el nuestro, pues de 655 pacientes estudiados la mayor incidencia de tumores cutáneos estuvo representada por el carcinoma basal (48 %) y la queratosis actínica (17 %), que en conjunto comprendieron mucho más de la mitad de los enfermos (65 %).

*Arenas*¹⁹, en México, también obtuvo resultados similares al nuestro, al reportar un predominio del carcinoma basocelular con el 52 % del total de sus pacientes.

Igualmente *Miki*²⁰ en Japón, en un estudio de 500 pacientes con lesiones tumorales de la piel, refiere un predominio del carcinoma basal (54 %) en su casuística.

En la queratosis folicular invertida no hubo coincidencia clínico histológica en los dos pacientes encontrados. *Lever*²¹ y *Wilson*²² plantean que la queratosis folicular invertida puede simular con gran frecuencia a la queratosis seborreica irritada, la mayoría de las veces es muy difícil su diagnóstico clínico, e incluso, histológico.

En el queratoacantoma no se observó concordancia clínica histológica en un paciente. *Cribier*²³ en un estudio donde incluyó 296 enfermos, llegó a la conclusión que este tipo de lesión debe ser distinguido del carcinoma epidermoide bien diferenciado, pues por su gran similitud en ocasiones es indistinguible desde el punto de vista clínico e histopatológico, lo que le reportó un 7,4 % de errores diagnósticos.

Por último, el carcinoma basal con 44 pacientes representó el menor error diagnóstico con apenas el 2 %.

*Albin y Murray*²⁴ destacan que aunque la exactitud en el diagnóstico del carcinoma basal resulta sorprendente, no es ineludible, con un diagnóstico correcto del 98,3 % en dermatólogos de centros hospitalarios, del 96,1% en dermatólogos con consulta privada y del 94,5 % en residentes de dermatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carbajosa IJ, Arenas RF. Tumores de la piel, consideraciones clínicas. *Dermatol Rev Mex.* 2002;37(3):177-80.
 2. Aase AC, Benthon GL. Geography and socio-economic status in the diffusion of malignant melanoma risk. *Scand J Clin Lab Invest.* 2003;12:1621-37.
 3. Swedish Cancer Committee. *Cancer. Causes and prevention.* London: Taylor Francis; 2001.
 4. Miller DL. Non melanoma skin cancer in the United States. Incidence. *J Am Acad Dermatol.* 2004;30:177-8.
 5. Office of Population Census and Surveys. *Cancer Statistics Registrations.* London: HMSO; 2003.
 6. Menéndez GD. Análisis de la incidencia de tumores de la piel. *Rev Cub Med.* 1985; 24(3):503-9.
 7. Martell RR. Tumores de la piel, nuevas consideraciones y perspectivas de Dermatología en Camagüey. *Rev Ciencias.* 1988;1(5):39-45.
 8. Andrews DN. *Tratado de Dermatología Vol. 1.* La Habana: Científico Técnica; 1984. P.31.
- Grossman LM, Wei QT. DNA repair an epidemiology of basal cell carcinoma. *Clin Chem.* 2003;41:1854-63.

9. Dirección Provincial de Estadísticas de Salud. Registro de Población Estimada. Camagüey; 1995-2000.
10. Larrondo MR, Hernández GL. Consideraciones sobre la prevención del cáncer de piel. *Rev Cub Med Gen Integr*. 1999;12(3):284-8.
11. Marquina VA. Tumores de la piel. Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Ibero-latinoam Med Cutánea*. 1995;23(8):393-401.
12. Burstein JM. Tumors and cysts of skin. *J Am Acad Dermatol*. 2000;40:177-86.
13. Beckenstein MS, Windle BH. Basal cell carcinoma in black patients: the need to include it in the differential diagnosis. *Ann Plast Surg*. 2002; 35:546-48.
14. Beachman AF. Does intermittent sun exposure cause tumors and skin cancer? A case control study in western Australia. *Int J Cancer*. 2003;56:348-50.
15. Lepardieu DL. Cancers de la peau. Leurs liens avec les rayons ultraviolets. *Presse Med*. 2002;24:1610-16.
16. Chuang TY, Popescu AL. Skin Tumors. A population based incidence study. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 12:315-17.
17. Reizner GT. Skin tumors in Kauai, Hawaii: the highest documented incidence in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 1999;18:286-8.
18. Gandal SH. Queratosis actínica y carcinoma basocelular. Epidemiología y factores de riesgo. *Rev Chilena Cir*. 2001;47(2);123-7.
19. Arenas RF. Lesiones tumorales de la piel, consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Rev Mex Dermatol*. 2000;28(5):220-21.
20. Miki TY. Skin tumors among Japanese. *Australia J Dermatol*. 2000;5:208-11.
21. Lever WF. Inverted follicular keratosis is an irritated seborrheic keratosis. *Am J Dermatopathol*. 1983; 5:474.
22. Wilson JE. The inverted follicular keratosis. *Acta Derm Venereol*. 2000; 56:337.
23. Cribier JB: Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma with histopathological criteria. Is it possible? A study of 296 cases. *Dermatology*. 2000; 199:208-212.
24. Albin JK, Murray SL. Clinical diagnostic accuracy of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2000;67:112-118.

Recibido: 2 de febrero de 2006

Aceptado: 29 de marzo de 2006

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga. Especialista de I Grado en Dermatología. Profesor Instructor. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey. jovaa@finlay.cmw.sld.cu