

Lesiones cervicofaciales precancerosas y cánceres cutáneos no melanomas del paciente geronte

Premalignant cervicofacial lesions and nonmelanoma skin cancer in elderly patient

Dra. MSc. Yudit Algozaín Acosta, I Dr. MSc. Eliseo Capote Leyva, II Dra. Maritza Ivis Hechavarría Suclar, III Dr. MSc. Salvador Roberto Mora González, II Dr. MSc. Juan Carlos Quintana Díaz, I Dr. Idalberto Arencibia Galán III

I Hospital Docente General "Ciro Redondo García". Artemisa. Cuba.

II Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Dr Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

III Clínica Estomatológica Docente "Severino Rosell González". Artemisa. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento poblacional constituye el principal problema demográfico actual y prospectivo de la población cubana. El cáncer de piel, así como las lesiones premalignas de este órgano protector son cada vez más frecuentes en los adultos mayores.

Objetivo: determinar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de piel y las lesiones premalignas en los gerontes de un área de salud.

Método: se realizó un estudio descriptivo, analítico, de corte transversal en los pacientes gerontes del consultorio No. 3 del policlínico "Adrián Sansaric" del municipio Artemisa, en el período comprendido entre marzo y noviembre de 2011. El universo estuvo constituido por 481 adultos mayores y la muestra quedó conformada por 100 pacientes, aquellos que presentaron alguna lesión premaligna y/o maligna en la región cervicofacial.

Resultados: la lesión premaligna más frecuente fue la queratosis senil con 95 % y como lesión maligna, el carcinoma basocelular con 12 %. Los principales factores asociados a estas fueron el color de la piel blanca, los pacientes de 80 años y más, la exposición al sol y las ocupaciones de riesgo, estas dos últimas presentes en los pacientes con carcinoma basocelular, se encontró significación estadística entre el tipo de lesión con el color de la piel blanca ($X^2 = 6,7$ con $p = 0,03$). Las lesiones premalignas aparecieron en la región geniana en el 75,0 % y en la frontal en el 62,5 %, mientras que las lesiones malignas se presentaron en la región nasal en 50 % de los casos.

Conclusiones: se encontró una elevada prevalencia de lesiones premalignas y malignas en la piel de la región cervicofacial en los adultos mayores de 65 años, lo que atenta contra una longevidad satisfactoria y la estética de estos.

Palabras clave: lesiones premalignas, cáncer cutáneo no melanoma, adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction: aging is currently the main demographic problem for Cuban population. The frequency of skin cancer and other premalignant lesions in this protective organ has increased in recent years, especially in elderly patients.

Objective: to determine clinical and epidemiological behavior of the aforementioned lesions in elderly patients.

Method: an observational and descriptive cross-sectional study was conducted in 2011, between March and November, with patients from the area of the "Adrian Sansaric" polyclinic in the municipality of Artemisa. A sample of 100 patients showing premalignant and/or malignant lesions in the cervicofacial region was selected from an initial population of 481 elderly patients.

Results: the most frequent premalignant and malignant lesions were senile keratosis (95%) and the basal cell carcinoma (12 %), respectively. Skin colour, age, sun exposure and occupational risk were the main factors associated with these lesions. Patients aged 80 or more, with white skin, increased sun exposure and occupational risk were the most susceptible. Premalignant lesions were located in the genian (75 %) and frontal (62.5 %) regions while the malignant lesions were more frequent in the nasal region (50 %).

Conclusions: premalignant and malignant lesions in the skin show a high prevalence among elderly patients which significantly threaten their longevity and aesthetics.

Keywords: premalignant lesion, nonmelanoma skin cancer, elderly patient.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye el principal problema demográfico actual y perspectiva de la población cubana. Sabido es que la problemática de una población envejecida es de difícil tratamiento por los cambios anatomofisiológicos que se producen en este importante grupo etario.

La piel no se encuentra exenta dichos cambios y producto del propio proceso de envejecimiento es susceptible de sufrir una serie de desórdenes dermatológicos y la incidencia de enfermedades como el cáncer de la piel se eleva considerablemente.^{1,2}

El cáncer de la piel es el más frecuente de todos. Se estima que anualmente se diagnostican 3 millones de casos con cáncer de piel no melanoma y 132 mil de melanomas en el mundo, a pesar de las acciones de prevención que se llevan a cabo, tanto por cambios en el modo de vida, como por la detección temprana de lesiones precancerosas de la piel. Este último término se aplica a una serie de procesos

morbosos que después de un tiempo, más o menos largo, se transforman de forma segura o probable en un tumor maligno.^{1,3}

En Cuba el cáncer cutáneo se comporta de manera similar al resto del mundo; ocupa el segundo lugar tanto en hombres como en mujeres, solo superado por el cáncer de pulmón en los primeros y el cáncer de mama en el sexo femenino.⁴

La detección temprana puede llevarse a cabo mediante la pesquisa y acciones de salud que, a través de procedimientos diagnósticos practicados a la población supuestamente sana, permiten identificar individuos con la enfermedad o con riesgos de padecerla y de esta forma, se puede actuar y reducir del 10 al 20 % la mortalidad actual por cáncer.⁵

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y por no haber encontrado en la literatura nacional consultada, trabajos realizados en el municipio de Artemisa, dirigidos al diagnóstico temprano de lesiones cutáneas premalignas y/o malignas, para contribuir a su mejor conocimiento se decide realizar la presente investigación para determinar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de piel no melanoma y las lesiones premalignas en los gerontes de un área de salud.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y de corte transversal en los pacientes gerontes del consultorio No. 3 del policlínico "Adrián Sansaric" del municipio Artemisa, en el período comprendido entre marzo y noviembre de 2011. El universo de estudio estuvo constituido por 481 pacientes adultos mayores de dicho consultorio y la muestra quedó conformada por 100 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

1. Pacientes que presentaron alguna lesión cutánea sugestiva de ser premaligna y/o maligna en la región cervicofacial.
2. Pacientes de ambos sexos y de 65 o más años de edad.
3. Pacientes que dieron su consentimiento para formar parte del estudio.
4. Pacientes que residían permanentemente en el área de salud que se seleccionó.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que mostraron únicamente cicatriz de tratamiento quirúrgico de lesión anterior.

Se realizaron visitas a los hogares de los adultos mayores y se identificaron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión a los que se les realizó, previo consentimiento informado de ellos o sus familiares, un interrogatorio y un examen físico, utilizando las técnicas de inspección y palpación de la región facial y cervical en busca de lesiones cutáneas premalignas y/o malignas. Se les confeccionó además una planilla de vaciamiento que recogía las variables siguientes: edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo (exposición prolongada al sol y ocupacional), región anatómica afectada y tipo de lesión (pre malignas y/o malignas).

Se consideró como exposición prolongada al sol si el paciente refería un período de exposición mayor de 4 horas diarias y por un tiempo igual o superior a 30 años. Con relación al factor de riesgo ocupacional se consideraron las siguientes ocupaciones: obrero agrícola, constructor y pescador.

Las lesiones consideradas premalignas fueron: queratosis senil, nevus, cuerno cutáneo y queilitis actínica; las malignas: carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide; todas teniendo en cuenta sus características clínicas al examen físico.

Con los datos obtenidos de la entrevista y el examen físico de los pacientes, se creó una hoja de cálculo en la aplicación para Windows Excel y se empleó el procesador estadístico SPSS versión 19 para Windows. Para los datos relacionados con las variables se empleó la estadística descriptiva y los resultados se presentaron mediante tablas y gráficos así como el análisis de proporciones empleando para ello como medida de resumen el porcentaje. Para la asociación entre las variables cualitativas se empleó la prueba de Chi cuadrado de Pearson (X^2) teniendo en cuenta un $\alpha=0,05$ para garantizar una confiabilidad de los resultados del 95 %.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes según las variables demográficas sexo, color de la piel y edad, relacionadas con el tipo de lesión cutánea. Predominaron los gerontes con 80 y más años de edad, tanto en el grupo con lesiones premalignas (35,2 %) como en el grupo de pacientes con lesiones malignas (58,3 %) y en ambos casos hubo predominio de la piel blanca, que representó el total de las lesiones malignas (100 %), se obtuvo un Chi cuadrado de 6,7 y $p=0,03$.

La figura muestra el comportamiento de las frecuencias absolutas de los tipos de lesiones observadas en la muestra, donde hubo un predominio de la queratosis senil (95%) como lesión premaligna. Se encontró que del total de 100 pacientes, 12 pacientes (12%) presentaban lesiones malignas, correspondiéndole al carcinoma basocelular el total de las mismas. Hay que destacar que no pocos pacientes tenían más de un tipo de las lesiones premalignas identificadas y que los pacientes con lesiones malignas tenían también lesiones premalignas del tipo identificado como queratosis senil.

La tabla 2 muestra la relación entre el tipo de lesión y los factores de riesgo identificados y analizados en este estudio; se observó un discreto predominio del factor ocupación de riesgo en las lesiones premalignas; sin embargo, tanto este como la exposición al sol se encontraron en todos los pacientes con lesiones malignas. Se obtuvieron valores de Chi cuadrado de 18,0 con un valor de $p=0,000$ en el caso de la exposición al sol y de 13,1 con $p=0,000$ con relación a la ocupación de riesgo.

Tabla 1. Distribución de la muestra según sexo, color de la piel, edad y tipo de lesión cutánea

Variables demográficas	No.	Lesiones cutáneas				Significación	
		Malignas (n=12)	%	Premalignas (n=88)	%	X ²	p
Sexo							
Masculino	39	9	75,0	30	34,1	7,4	0,006
Femenino	61	3	25,0	58	65,9		
Color de la piel							
Blanca	67	12	100,0	55	62,5	6,7	0,03
Negra	14	0	0	14	15,9		
Mestiza	19	0	0	19	21,6		
Grupos de edad en años cumplidos							
65 a 69	26	2	16,7	24	27,3	2,7	0,43
70 a 74	19	1	8,3	18	20,5		
75 a 79	17	2	16,7	15	17,0		
80 y más	38	7	58,3	31	35,2		

En la muestra predominó el sexo femenino, no obstante las lesiones malignas predominaron en los hombres (75 %), con un valor de Chi cuadrado de 7,4 y una p=0,006.

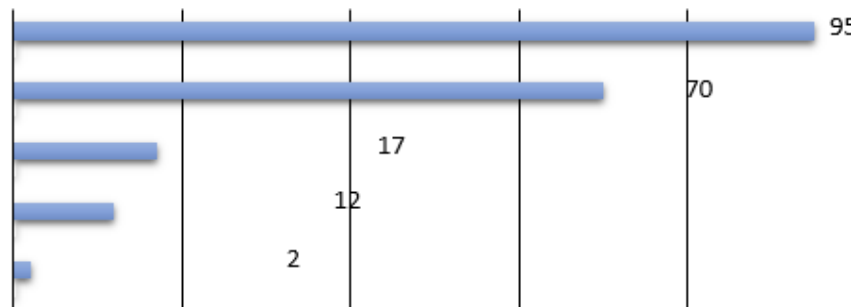


Fig. Comportamiento de las frecuencias absolutas de los tipos de lesiones observadas.

Las lesiones premalignas predominaron en las regiones geniana (75,0 %), frontal (62,5 %) y cuello (51,1 %), mientras que las lesiones malignas fueron más frecuentes en las regiones nasal (50 %) y geniana (41,7 %) (tabla 3).

Tabla 2. Distribución según factores de riesgo y tipo de lesión

Factores de riesgo	No.	Lesiones cutáneas				Significación	
		Malignas (n=12)	%	Premalignas (n=88)	%	χ^2	p
Exposición al sol	43	12	100	31	35,2	18,0	0,000
Ocupación de riesgo	51	12	100	39	44,3	13,1	0,000

Tabla 3. Distribución de pacientes según tipo de lesión y región anatómica afectada

Región anatómica	Tipo de lesión			
	Premalignas (n=88)		Malignas (n=12)	
	No.	%	No.	%
Frontal	55	62,5	1	8,3
Geniana	66	75,0	5	41,7
Nasal	20	22,7	6	50,0
Mentón	19	21,6	-	0
Periorbitaria	12	13,6	-	0
Bermellón labial	2	2,3	-	0
Pabellón auricular	19	21,6	-	0
Cuello	45	51,1	-	0

DISCUSIÓN

El envejecimiento poblacional es, en la actualidad, uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial, el 11,5 % de la población tiene 60 o más años de edad, y se considera que en el año 2050 se alcanzará el 22 %; este proceso se produce por el aumento de la esperanza de vida secundario a la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil y por edades, entre otros factores, como consecuencia de las mejoras ocurridas en los sistemas de salud.

Este hecho está presente tanto en los países desarrollados donde los ancianos constituyen aproximadamente el 20 % de la población, como en aquellos en vías de desarrollo donde viven alrededor de las tres cuartas partes de este grupo poblacional.

Cuba no está al margen de esta situación y se encuentra entre los países en desarrollo con un mayor envejecimiento poblacional. El Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas informa, según los resultados del censo de población y viviendas del año 2012, que 18,3 % de los cubanos son ancianos, con una esperanza de vida al nacer de 77,97 años.⁶

El predominio en el grupo de edad encontrado podría explicarse por este hecho y en la lógica asociación entre envejecimiento y lesiones en la piel, tanto premalignas como malignas.⁷⁻¹⁰

A pesar de que hubo un predominio del sexo femenino en este estudio, las lesiones malignas fueron más frecuentes en los hombres, encontrándose significación estadística. Esto puede estar relacionado con el hecho de que son los hombres los que, de acuerdo con determinadas labores (constructores, albañiles, obreros agrícolas, pescadores), se exponen más a los reconocidos factores de riesgo del cáncer cutáneo, como las radiaciones solares y otros ambientes agrestes. En la mayoría de la literatura revisada, se menciona la relación o el predominio ligero de las lesiones cutáneas malignas con el género masculino.^{7,11}

Se encontró significación estadística entre el tipo de lesión y el color de la piel y, estos hallazgos concuerdan con la revisión de la literatura nacional,^{1,7} e internacional.^{3,8,11,12}

Las personas de piel blanca tienen una baja concentración de melanina en la piel y son más susceptibles al daño que el sol ejerce sobre ellas. La melanina promueve la absorción de radiaciones ultravioletas (UV) A (UVA) y B (UVB) reduciendo los efectos indeseables de las radiaciones solares con estos espectros de ondas, responsables de la génesis de las lesiones malignas y premalignas de la piel.³

La diferencia racial en la pigmentación no depende del número de melanocitos en la piel pero sí de su capacidad funcional. El citoplasma de los melanocitos contiene unos organelos especializados llamados melanosomas, el sitio para la síntesis y deposición de la melanina, un pigmento carmelita que da a la piel su color. Los individuos de piel negra poseen una actividad mayor de los melanocitos, con mayor producción y dispersión de la melanina en los melanosomas. Sin embargo las personas de piel blanca muestran una producción reducida de este pigmento y los melanosomas son más pequeños y se encuentran agrupados en los melanocitos. Esta conformación de la estructura celular provee a las pieles más oscuras de una alta protección contra las radiaciones UV.

La epidermis de los individuos con color de piel negra muestra una transmisión de radiaciones UVB de 7,4 % y de UVA de 17,5 %, cuando se compara con las personas de piel blanca; en estas últimas la transmisión de las radiaciones es de 24 % para las UVB y de 55 % para las UVA. La dosis mínima de radiación solar que produce eritema en la piel de color negro es 33 veces mayor que la necesaria para producir el mismo efecto en una piel blanca.^{13,14}

Las lesiones premalignas son muy frecuentes en los adultos mayores, sobre todo la queratosis senil, la incidencia de estas aumenta con el incremento de los años y el lógico envejecimiento de la piel. Similares resultados son reportados por otros autores como *Santana J y colaboradores*.¹⁵

El carcinoma basocelular (CB) es el tipo de lesión maligna cutánea no melanocítica más frecuentemente reportada tanto en estudios nacionales como internacionales,^{4,6-10,16} lo que coincide con nuestros resultados.

En este estudio hubo un discreto predominio del factor de riesgo ocupacional en las lesiones premalignas; sin embargo tanto este como la exposición al sol se encontraron en todos los pacientes con lesiones malignas; en ambos casos se obtuvo significación estadística. Hay que destacar que en el factor ocupacional, la exposición al sol está de alguna manera presente, por ejemplo en el pescador o marino expuesto también al ambiente salino, el campesino expuesto a plaguicidas, herbicidas y fertilizante o el constructor expuesto al cemento y otros productos químicos que pueden ejercer su influencia sobre nuestro órgano protector. Es lógico suponer que la combinación de varios factores de riesgo potencialice la aparición de lesiones tanto premalignas como malignas. Es la exposición al sol el principal factor de riesgo mencionado en toda la literatura revisada.^{1,3,5,15}

Las radiaciones solares causan un incremento en la talla de los melanocitos y melanosomas, estimulando la actividad de la tirosinasa (favoreciendo el incremento de la producción de melanina) y actúan como el principal factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y malignas en piel. Las radiaciones ultravioletas UVA y UVB ejercen acción inmunosupresora y son iniciadores y promotores de la carcinogénesis promoviendo la mutación del gen supresor de tumor p53. Dicha mutación puede ser considerada como un marcador molecular de la influencia genética de las radiaciones UV e incluso se habla sobre su uso como un factor predictivo del cáncer de piel.³

Las lesiones premalignas y malignas de la piel son muy frecuentes en la región cervicofacial y en un estudio realizado por *Santana y colaboradores*, estos encontraron que solo fueron superadas por su localización en los miembros superiores en un 32,8 %.¹⁵

En Australia, país con alta incidencia de cáncer de piel, en un estudio realizado por *Pua VS y colaboradores*, estos encontraron durante el tratamiento quirúrgico de cáncer de piel no melanoma que la mayor proporción se encontraba en la región de cabeza y cuello.¹⁷ *Rhee* plantea que la localización más frecuente de las lesiones malignas es la nasal y de forma general la zona media de la cara, denominándose a la misma como zona H y que incluye también la piel de las zonas auricular y preauricular. Esta zona está también asociada con una alta incidencia de recurrencia de los tumores malignos de piel.¹¹ Otros autores^{5,7} coinciden con la frecuencia de localizaciones encontradas en este trabajo, lo que al parecer está asociado a que es la zona media de la cara, la más expuesta al sol.

A pesar de que la muestra en este estudio es relativamente pequeña, lo que en cierta manera nos limita de dar conclusiones certeras, los resultados obtenidos no difieren mucho de los que se reportan tanto en la literatura nacional como internacional revisada. Se concluye que predominaron los pacientes de 80 y más años de edad y tanto las lesiones cutáneas premalignas como las malignas fueron más frecuentes en pacientes de piel blanca. Todas las lesiones malignas se identificaron en el género masculino, tuvieron relación con los factores de riesgo estudiados y correspondieron al carcinoma basocelular. La lesión premaligna más frecuente fue la queratosis senil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mas P. Addressing Cuba's aging population: Why epimapping needs to go local. *MEDICC Rev.* 2011;13(1):56.

2. National statistical bureau (CU). Proyecciones de la población cubana 2010-2030 [En línea]. Havana. National statistical bureau (CU); 2009 [consultado 10 diciembre 2010]. Disponible en:
<http://www.one.cu/publicaciones/cepde/envejecimiento/envejecimiento2009.pdf>
3. Coyula M. Havana: Aging in an aging city. MEDICC Rev. 2010;12(4):27-9.
4. Millán I, Roca AC. La capacidad y percepción de autocuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. Correo Cient Med Holguín. 2007;11(4):37-43.
5. Ishioka I, Alentar S, Toyomi A, Marques M, Enrique S, Yamada S. Prevalence of precancerous skin lesions and non-melanoma skin cancer in Japanese-Brazilians in Bauru, Sao Pablo State, Brazil. Cad Saude Publica. 2009;25(5):965-71.
6. Rodríguez RJ, Zas TV, Silva JE, Sanchoyerto LR, Cervantes RM. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud. 2014;9(1):35-41.
7. Zequeira Peña JL, García-Roco Pérez O, Arredondo López M. Incidencia de las lesiones cutáneas malignas faciales. Rev Cubana Estomatol [revista en internet]. 2003 Abr [citado 2014 Ago 09] ;40(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000100006&lng=es
8. Suárez B, López A, Martínez C, Navarro C, Tormo MJ, Rosso S, et al. Occupation and skin cancer: the results of the HELIOS-I multicenter case-control study. BMC Public Health. 2007;7:180.
9. Meal A, Leonardi-Bee J, Smith C, Hubbard R, Bath-Hextall F. Validation of THIN data for non-melanoma skin cancer. Qual Prim Care. 2008;16(1):49-52.
10. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. Lancet. 2010;375(9715):673-85.
11. Rhee JS, Matthews A, Neuburg M, Burzynski M, Nattinger AB. Creation of a quality of life instrument for non melanoma skin cancer patients. Laryngoscope. 2005;115(7):1178-85.
12. Gloster Jr. HM, Neal K. Skin cancer in skin of color. J Am Acad Dermatol. 2006;55:741-60.
13. Ishioka I, Alentar S, Toyomi A, Marques M, Enrique S, Yamada S. Prevalence of precancerous skin lesions and non-melanoma skin cancer in Japanese-Brazilians in Bauru, Sao Pablo State, Brazil. Cad Saude Publica. 2009;25(5):965-71.
14. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatología. 3^{ra} ed. Sao Paulo: Editora Artes Médicas. 2007.
15. Santana JA, Hernández BI, Martínez I, Negrín L, López MA. Lesiones precancerosas y cánceres cutáneos del paciente anciano. Rev Cubana Oncol. 2000;16(1):26-9.

16. Alerić Z, Bauer V. Skin growths of the head and neck region in elderly patients. Analysis of two five-year periods in General Hospital Karlovac, Croatia. Coll Antropol. 2011;35 Suppl 2:195-8.

17. Pua VS, Huilgol S, Hill D. Evaluation of the treatment of non-melanoma skin cancers by surgical excision. Australas J Dermatol. 2009;50(3):171-5.

Recibido: 18 de septiembre de 2013.

Aprobado: 9 de agosto de 2014.

Dra. *Yudit Algozain Acosta*. Calle 40 N° 1515 e/15 y 17, Artemisa, Cuba. CP 33800.
yalgoza@infomed.sld.cu Teléfono particular: 047 366361