



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. Agosto 2008; 12(2):

ARTICULO ORIGINAL

Caracterización del cáncer de piel facial. Pinar del Río. 2007

Characterization of the facial skin cancer. Pinar del Rio. 2007

Audrey Santana Rodríguez¹, Marielys Montesino Becerra², Joel Jiménez Valladares³, Caridad Gallardo Pimentel⁴, Lilia López Rodríguez⁵.

¹ Dra. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río.

² Dra. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor instructor Cátedra Dermatología. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río.

³ Dr. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor asistente Cátedra Dermatología. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río.

⁴ Dra. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico León Cuervo Rubio. Profesor instructor Cátedra Dermatología. Pinar del Río.

⁵ Dra. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico León Cuervo Rubio. Profesor instructor Cátedra Dermatología. Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal a todos los pacientes que acudieron a una consulta provincial de Maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Abel Santamaría a los que se les diagnosticó cáncer de piel facial, con el objetivo de caracterizar esta patología en nuestro medio en el año 2007, motivados por su alta frecuencia. Se le aplicó una encuesta a cada paciente, previo consentimiento informado y que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos se plasmaron en un formulario y procesaron utilizando el sistema Epiinfo 2002 y el método estadístico porcentual. Todos los resultados fueron expresados en cuadros y posteriormente analizados según los conocimientos previos de los autores y la información científica consultada. Predominó el carcinoma basal y de este la forma clínica nódulo-ulcerada. Los más afectados fueron los hombres de más de 55 años, con fototipo II, residentes en zonas rurales, de ocupación campesinos, la región de la cara que prevaleció fue la nasal y un alto porcentaje de los pacientes presentaron queratosis actínicas. La mayoría de los pacientes tuvieron antecedentes patológicos personales y/o familiares de cáncer de piel y el medio de protección más usado por nuestros pacientes fue el sombrero. Concluimos que el cáncer de piel facial más frecuente en nuestro medio fue el carcinoma basal y que su incidencia se relacionó con variables como la edad, sexo, fototipo, zona de residencia, ocupación, fotoprotección, presencia de lesiones premalignas en piel y antecedentes familiares y personales positivos de cáncer cutáneo.

Palabras clave: Cáncer Cutáneo Facial, Factores De Riesgo.

ABSTRACT

A descriptive cross - sectional study was performed in all patients attending to the provincial dental surgeon office in Abel Santamaría Cuadrado General hospital, they were diagnosed as facial skin malignancy in order to characterize this disease in our

environment in 2007 being motivated by its high frequency. A survey was applied to every patient having the informed consent previously and meeting the criteria for inclusion. Data were recorded in a form and processed with Epiinfo 2002 system and the percentage statistical method was used. All the results were shown in pictures and were analyzed later taking into account the previous author's knowledge and the scientific information predominating the basal carcinomas being the clinical ulcer nodule the most frequent. 55 year-old peasants were the most affected showing phototype II and coming from rural areas. The nasal aspect was predominating as well as a high percent of actinic keratosis in patients, most of them presented personal y/or family pathological backgrounds of skin malignancy and the hat was the most used protection. It is concluded that the basal carcinoma was the most frequent facial skin malignancy in our environment and its incidence was related to the following variables: age, sex, phototype, living area, occupation, photoprotection, skin premalignant lesions and positive family and personal skin malignancy.

Key words: Facial Cutaneous Cancer, Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de la piel es una afección en la cual células malignas (cancerosas) se forman en los tejidos de la piel. La piel es el órgano más grande del cuerpo. Protege contra el calor, la luz solar, las lesiones y las infecciones. Ayuda también a controlar la temperatura corporal y almacena agua, grasa y vitamina D. El cáncer de la piel puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero es más común en la piel que ha estado expuesta a la luz solar, como la cara, el cuello, región ánterosuperior del tórax, las manos y los brazos.¹⁻⁵

Se cree que la exposición a la luz ultravioleta (UV) es el riesgo principal de la mayoría de los cánceres de la piel. La luz solar es la fuente principal de radiación ultravioleta la cual puede ser dañina para los genes de las células de su piel. Las lámparas y cabinas bronceadoras son otra fuente de radiación ultravioleta. Las personas que se exponen excesivamente a la luz procedente de estas fuentes tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de la piel.^{3-4,6-9} El grado de exposición a la luz ultravioleta depende de la intensidad de la radiación, del tiempo que la piel ha estado expuesta y si ésta ha estado protegida con ropa y bloqueador solar. Muchos estudios también han señalado que la exposición a una edad temprana es otro factor de riesgo.

Los tipos más frecuentes son: el tipo no melanoma y el melanoma. Los cánceres de tipo no melanoma son los más frecuente y se denominan no melanoma porque se forma a partir de otras células de la piel que no son los melanocitos. Dentro de este tipo se encuentran todos los cánceres de piel menos el melanoma maligno. El cáncer de piel se da más en las personas de piel blanca y que han pasado mucho tiempo expuestas a los rayos solares. Aunque puede aparecer en cualquier parte de la piel; es más frecuente que se presente en la cara, cuello, manos y brazos. Este cáncer cutáneo representa casi el 50% de todos los cánceres que afectan al hombre.⁷⁻⁸

Se cree que los pacientes con cáncer cutáneo de tipo no melanoma tienen un riesgo elevado de desarrollar nuevas neoplasias cutáneas; sin embargo, se han realizado pocos estudios acerca de este tema. Los cánceres cutáneos del tipo no melanoma, aunque generalmente no son fatales, son responsables de una morbilidad significativa, y si no se tratan, pueden ocasionar una desfiguración muy seria y en ocasiones la muerte. Parte de la dificultad en el estudio de estos tumores es que no se siguen rutinariamente de forma tan rigurosa como otros cánceres habiéndose excluido de la mayoría de registros de cáncer. El carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular son los tumores malignos de más alta incidencia. Aparecen en la cara, aunque pueden presentarse en otras áreas como las manos, antebrazos, tronco y otras zonas que tengan folículos pilosos, además el espinocelular se puede encontrar también en mucosas.¹⁰⁻¹²

El cáncer cutáneo en el contexto histórico-social es, desde el punto de vista epidemiológico uno de los cánceres que más afecta al hombre con una tendencia al incremento en los últimos años, lo que tiene un gran impacto para la salud y en el orden económico para Cuba y el resto del mundo. En España el cáncer tipo no melanoma, representa el 0,6% de todas las defunciones por cáncer cada año y una

tasa de mortalidad de 1.3 por 100.000 habitantes. Esta cifra es parecida para el tipo melanoma, habiendo supuesto, el 0.7% de las defunciones y una tasa de mortalidad de 1.6 por 100.000 habitantes.¹³⁻¹⁵ En nuestro país el cáncer cutáneo no melanoma constituye el segundo lugar en la tabla general de cáncer, con una tasa anual de 16.8 x 100 000 habitantes y una incidencia del 10 %. Estas cifras no reflejan la incidencia real del problema, que es muy superior, a causa de que algunas lesiones se diagnostican y tratan clínicamente y que no se confirma su histología no se reportan ni pasan al Registro Nacional del Cáncer, fenómeno similar ocurre en otros países ⁽¹⁵⁾. El cáncer de piel ocupa en Cuba el segundo lugar en la incidencia de tumores malignos. Cuando se comparan las estadísticas nacionales se aprecia que la incidencia de cáncer de piel, no es tan alta como en otros países; por ejemplo en Australia se han señalado tasas de casi 1000 por 100 000 habitantes, o en Estados Unidos, donde existen informes de que los cánceres de piel (no melanoma) son más frecuentes en la población blanca y ha llegado a 232,6 por 100 000 habitantes.¹⁵

En Cuba su incidencia decrece a partir de 1986, en el año 1993 se reinicia su incremento. Geográficamente se verifica una mayor incidencia hacia las provincias centrales del país, especialmente Villa Clara, con 54,5 por 100 000 habitantes y dentro de las provincias occidentales Pinar del Río 22,7. Estas provincias por tradición se han considerado de población predominantemente blanca, y el cáncer de piel está ligado al color claro o blanco.

Dado el incremento en la incidencia del cáncer de piel facial, nos vimos motivados a realizar esta investigación y así realizar una caracterización de dicha patología en una consulta de Maxilofacial en Pinar del Río, en el año 2007.

MÉTODO

Tipo de estudio, población y muestreo: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo de estudio coincidió con la muestra y quedó conformado por 80 pacientes que acudieron a una de las consultas provinciales de Maxilofacial en el Hospital Provincial Docente General Abel Santamaría, con el diagnóstico de cáncer de piel facial en el año 2007 para lo que se definieron criterios.

Etapa Diagnóstica:

La recolección de datos se realizó mediante métodos empíricos de encuesta en forma de entrevista estructurada, y la observación (examen físico dermatológico), las cuales se rigieron por un formulario elaborado al efecto que dio salida a las variables (Anexo 1). Este formulario fue aplicado a los pacientes por los autores de este trabajo en una consulta de Maxilofacial en el Hospital Provincial Docente General Abel Santamaría.

Método estadístico.

La información recopilada en el cuestionario se procesó de forma automatizada para lo cual se creó una base de datos utilizando el sistema Epinfo 2002, donde se calculó el porcentaje como medida resumen. Los resultados fueron reflejados en forma de cuadros.

Análisis Bioético.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de pacientes y/o familiares lo cual quedó validado en un documento elaborado al efecto como

constancia (Anexo 2). Además se cumplieron todos los aspectos éticos que rige nuestro Sistema Nacional de Salud, cuidando el pudor y privacidad de cada paciente tanto al momento de la entrevista como durante el examen físico dermatológico efectuado.

RESULTADOS

El cáncer más frecuente fue el carcinoma basocelular aportando 69 casos que representaron un 86.3%, no encontrando ningún caso de melanoma maligno. La forma clínica predominante fue la nóduloulcerosa con 25 casos (36.2%). Al analizar la variable sexo observamos que el masculino fue el más afectado para un 61.3%. El grupo etáreo que más se afectó fue el de mayores de 55 años con 69 casos (86.3%).

(Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes según tipo de cáncer de piel facial, formas clínicas del carcinoma basal, sexo y edad. Consulta de Cirugía Maxilofacial, HAS, Pinar del Río. 2007.

VARIABLE	CANTIDAD	%
TIPO DE CÁNCER		
Carcinoma Basal	69	86.3
Carcinoma Espinocelular	11	13.7
FORMAS CLÍNICAS DEL CARCINOMA BASAL		
Nódulo ulcerado	25	36.2
Nódulo globuloso	20	29
Pigmentado	19	27.5
Ulceros cicatrizal	-	-
Terebrante	4	5.8
Névico	-	-
Morfeiforme	-	-
Pagetoide	-	-

Plano Múltiple Superficial	1	1.5
SEXO		
Masculino	49	61.3
Femenino	31	38.7
EDAD		
15-24 años	-	-
25-34 años	2	2.5
35-44 años	3	3.7
45-54 años	6	7.5
Más de 55 años	69	86.3

Observamos además que el fototipo de piel que predominó correspondió al II con 42 pacientes para un 52.5%. Al describir las lesiones precancerosas presentes en los pacientes, se destacó la queratosis actínica con 74 casos (92.5%). Debemos tener en cuenta que existieron personas con más de una lesión premaligna. En cuanto a la ocupación, sobresalió el grupo de los campesinos (53.7%). (Tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según fototipos, presencia de lesiones premalignas y ocupación.

VARIABLE	CANTIDAD	%
FOTOTIPO		
0	-	-
I	5	6.2
II	42	52.5
III	33	41.3
IV-VI	-	-

LESIONES PREMALIGNAS		
Queratosis actínica	74	92.5
Queilitis Actínica	5	6.3
Cuerno Cutáneo	4	5
Pecas	3	3.7
Leucoplaquia	2	2.5
OCUPACIÓN		
Campesino	43	53.7
Constructor	17	21.3
Pescador	9	11.2
Otros oficios	8	10
Deportista	2	2.5
Salvavidas	1	1.2

La zona de la cara más afectada fue la región nasal (35%). En cuanto al lugar de residencia, la población que más incidió fue la rural con 43 casos para un 53.8%. El sombrero fue el medio de protección más utilizado ya que el 55% de los pacientes lo usaban, teniendo en cuenta que hubo personas que utilizaron más de un medio de protección. En cuanto a los antecedentes patológicos personales y familiares, 65 pacientes presentaron antecedentes patológicos personales y 40 familiares de un total de 80 que fueron diagnosticados.(Tabla 3)

Tabla 3. Pacientes según región de la cara afectada, lugar de residencia, medios de protección usados y antecedentes patológicos personales y familiares de cáncer cutáneo.

VARIABLE	CANTIDAD	%
REGIÓN AFECTADA		

Nasal	28	35
Mejillas	20	25
Auricular	15	18.8
Frontal	7	8.7
Labial	7	8.7
Mentoniana	3	3.8
LUGAR DE RESIDENCIA		
Rural	43	53.8
Urbana	37	46.2
MEDIO DE PROTECCIÓN		
Sombrero	44	55
Gorra	33	41.3
Ropa	28	35
Sombrilla	15	18.8
Gafas	11	13.8
Crema antisolar	-	-
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE CÁNCER CUTÁNEO		
Personales	65	81.3
Familiares	40	50

DISCUSIÓN

En Cuba, las lesiones tumorales cutáneas, constituyen el segundo lugar en la tabla general de cáncer con una tasa anual de 16.8 x 100 000 habitantes y una incidencia del 10%, la provincia de Villa Clara ocupa el primer lugar, representando el carcinoma basal la mayor cantidad de casos.³⁻¹⁶ Según datos difundidos por el Instituto Nacional de Cáncer en EEUU, los más frecuentes son los carcinomas de piel no melanomas y dentro de estos el carcinoma basocelular supera el 75%.¹⁶ En América Latina no existen muchos reportes. En Ecuador donde la población predominante es de fototipo III-IV, se realizó un estudio de prevalencia de tumores de piel encontrándose al carcinoma basal en primer lugar.¹⁵

La mayoría de los autores también refieren las formas nóduloulcerada y la nóduloglobulosa como las más frecuentes del carcinoma basal.¹⁵ En un estudio realizado en el hospital Ramón Pando Ferrer de una muestra de 39 pacientes, la variedad noduloulcerativa estuvo presente en 27 pacientes (69.2 %), seguida por la nodular con 8 (20.5 %), la Morfeiforme 3 (7.7%) y la pigmentada solo se observó en 1 caso para el 2.6 %.¹⁷

El predominio encontrado del sexo masculino resulta relevante si tenemos en cuenta que en Pinar de Río actualmente viven 1041 varones por cada 1000 hembras, existiendo una correspondencia entre ambos sexos.¹⁸ Se considera que el cáncer de piel es más frecuente en los hombres que en las mujeres ya que estos son generalmente los que más se exponen al sol, desde la infancia en juegos al aire libre y más tarde relacionados con sus ocupaciones, ya sean campesinos, obreros agrícolas, constructores, pescadores, etc., y aunque las mujeres se incorporan cada vez más a todas las actividades sociales, el porcentaje de hombres en ocupaciones al aire libre es superior en nuestro país. El Programa de Actualización Continua de Dermatología, Libro 1, refiere que en la mayoría de las estadísticas en poblaciones de raza blanca se señala mayor predominancia en el sexo masculino, en proporción de 2:1.¹⁹ En un estudio realizado en el Hospital Provincial General Docente "Carlos M. De Céspedes" de Granma, el sexo masculino fue el imperante con el 69 % y la razón entre uno y otro sexo fue de 2.2:1.¹⁶

Los niños necesitan protección solar de igual manera. De acuerdo con el Colegio Americano de Medicina Preventiva, aproximadamente 80 % de la exposición solar de una persona ocurre antes de los 21 años.⁽²⁰⁾ Al relacionar la edad con el cáncer de piel en la literatura revisada, Muniesa y Lázaro reportaron una edad media para el padecimiento del cáncer de piel, extendida desde 68 a 92 años.²¹ En una investigación similar pero en pacientes geriátricos también en la provincia Granma se observó que en los mayores de 60 años distribuidos en 4 grupos, hubo un predominio en el grupo de 60 a 69 años.²²

Las personas de piel mate, pigmentada o muy pigmentada, ojos pardos y pelo castaño (fototipos III, IV, V y VI) poseen el efecto protector de la melanina. En la medida en que la piel va teniendo mayor cantidad de melanina tiene mayor tendencia al bronceado, se reduce la posibilidad de las quemaduras solares y disminuye el riesgo para la aparición del cáncer de piel. Por lo que son más afectados los pacientes blancos, rubios y de ojos azules (fototipos 0, I y II) presentando un riesgo especialmente alto. En la literatura revisada existen autores que señalan una mayor predisposición en las personas de piel blanca con poca capacidad de bronceado (fototipo de piel I y II y los albinos) como altamente susceptibles de padecer cáncer de piel.²³⁻⁴⁴ Sin embargo, en este estudio el fototipo III también aportó un elevado número de casos, pero hay que tener presente que en Cuba predominan las personas de piel blanca y pelo castaño y además por ser un país tropical los rayos solares inciden directamente sobre la piel, por lo que

estas personas están igualmente expuestas al fotodaño. Aunque en el Registro Nacional del Cáncer no aparecen los datos referentes al color de la piel, sin embargo, en diferentes investigaciones publicadas en varias revistas cubanas se encuentra que la inmensa mayoría de los pacientes (más del 90% de los casos) son clasificados como raza blanca.²² (Los estudios nacionales no especifican los fototipos, solo se refieren al color de la piel).

El antecedente de lesión precancerosa y su relación directa con el cáncer de piel ha sido demostrado en diferentes estudios realizados. Coincidentemente la queratosis actínica considerada también como lesión premaligna solar alcanza a unos 10 millones de estadounidenses por año¹² Según el Dr. Jorge Caubet en su tesis Doctoral en el año 2004 existe una incidencia del 6-10% de carcinomas de células escamosas sobre la queilitis actínica.⁴⁵

Debemos considerar también la mayor exposición que está ocurriendo hoy en día producto al nivel de vida alcanzado y las frecuentes actividades sociales. La vida moderna con sus avances ha traído una mayor participación del ser humano en actividades recreativas, económicas y de diversión al aire libre que entrañan mayor riesgo porque son las de mayor fotoexposición.⁴⁶

La mayoría de los carcinomas basocelulares y espinocelulares se localizan en las regiones centro faciales.³⁴⁻³⁹ Sin embargo, los epidermoides tienen igual predilección por las mucosas y semimucosas lo que explica su mayor frecuencia en los labios. Ello está dado porque estas zonas hacen prominencia en el macizo facial por lo que se encuentran más expuestas a los rayos solares, los cuales constituyen el principal factor de riesgo para el cáncer de piel.

Debemos tener en cuenta que la principal actividad que realizan las personas que viven en zonas rurales es el trabajo agrícola llevado a cabo por los campesinos; estos pasan varias horas del día expuestos al sol, por lo que es posible encontrar que sean estas personas las más propensas a padecer esta enfermedad. Aunque estudios demográficos de Pinar del Río apuntan que nuestra población es mayoritariamente urbana,¹⁸ muchas de las personas que viven en la ciudad van a trabajar al campo, de ahí que se encuentren imbricados estos grupos poblacionales de tal forma que ambas cifras sean semejantes.

En cuanto a los medios de protección usados contra la radiación solar se dice que un sombrero que tenga un ala a su alrededor de por lo menos dos a tres pulgadas es ideal ya que protege las áreas que a menudo son expuestas al sol, sin embargo los sombreros de mimbre y pajilla no se recomiendan a menos que estén estrechamente tejidos, y estos son los más usados por nuestros campesinos. Debemos señalar que las cremas protectoras no fueron usadas por los pacientes en este estudio, a pesar de que según la bibliografía consultada estas ofrecen un alto grado de protección. Ello puede estar dado porque en nuestro país no existe este tipo de producto en el mercado en moneda nacional, y por tanto, no es asequible a todas las personas, además de que no hay conocimiento en muchas ocasiones de que estas cremas existen.

Los científicos han encontrado que ciertas personas son más propensas a contraer cáncer de la piel en comparación con otras después de exponerse a la luz solar. En estas personas, los cromosomas son más sensibles a dañarse por la luz solar. Un gen que comúnmente se encuentra mutado en los cánceres de células basales es el gen "patched" (PTCH). Este gen supresor de tumores normalmente ayuda a mantener el crecimiento celular bajo control. Éstos no son los únicos cambios genéticos que pueden desempeñar un papel en el desarrollo de cáncer de la piel. Es probable que también haya muchos otros. En la Tesis doctoral de Jorge Caubet de

abril de 2004, se plantea que aunque existen estudios que sugieren una predisposición genética, parece que lo que hacen es reflejar el hecho de que miembros de una misma familia tienen ocupaciones parecidas. Ello incrementa la posibilidad de exposición a los mismos factores de riesgo, en concreto, a la radiación ultravioleta en trabajadores expuestos al sol. Además el color de la piel es hereditario por lo que es posible encontrar en una misma familia personas con los mismos fenotipos.⁴⁵

El cáncer de piel facial más frecuente en nuestro medio fue el carcinoma basal y su incidencia se relacionó con variables como la edad, sexo, fototipo, zona de residencia, ocupación, fotoprotección, presencia de lesiones premalignas en piel y antecedentes familiares y personales positivos de cáncer cutáneo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moredo Romo E, Pastrana Fundora F, Serra Ortega A, Pérez Piñeiro T. Carcinoma de las células basales. Revista Cubana de Pediatría. 2005; 77 (3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000300013&lng=es.

2. Goncalves J.C; "Fractional Criosurgery". Dermatol Surg. 2007; 23 (6); 475-8.

3. Sánchez Sánchez P, de Gálvez Aranda MV, Herrera Ceballos E. Carcinoma basocelular: epidemiología y factores de riesgo. Monografías de Dermatología. [sitio en internet] 2003, [citado],2: Disponible en: http://www.grupoulamedica.com/web/archivos_rojo/revistas_actual.cfm?idRevista=155

4. Vasallo J. A; Barrios E.; "Actualización ponderada de los factores de riesgo del Cáncer", Revista honoraria de lucha contra el cáncer, Montevideo. 2003.

5. De la Osa J. Carcinoma Basal. Consultas médicas, [sitio en internet] ,2006. [citado 3 de noviembre de 2006]: Disponible en: http://consultas.cuba.cu/consultas.php?id_cat=3&id_cons=8

6. Manzur Julián. Almeida Díaz. Cortés. Otros tumores de la piel. Dermatología. La Habana Ed. Ciencias Médicas. 2002; 272-282.

7. Kumakawa Z, Peching G. Prevalencia de neoplasias cutáneas en el hospital nacional dos de mayo. Período enero 2002 - diciembre 2003. Folia Dermatol. Lima sep./dic.2004; 15(3).

8. Segismundo R RM. Caracterización clínico hispatológica del carcinoma basocelular. Revista Habanera de Ciencia Médicas. Sept.-Oct.2005; 4(4). Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol4_num4/rhcm07405.htm

9. Arones Nieto, Brenda, Dávalos Benítez, Lucio, Guerrero Ciquero, Walter et al. Carcinoma epidermoide postraumático de rápida evolución: Reporte de un caso. Dermatol. Perú. [online]. sep./dic. 2007, 17(3), [citado 05 Abril 2010], p.197-208. Disponible en:

http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-71752007000300009&lng=es

10. Che León VH. Tumores cutáneos. Dermatología peruana. Edición especial Noviembre 2003.
11. Wong MC, Strange CR, Lear TJ. Basal cell carcinoma. BMJ. (2003, October 4); 327 (7418):794-798.
12. Thomas P, Habif MD. Clinical Dermatology. 3rd ed. St. Louis, Missouri: 1 Mosby-Year Book, Inc., 2006; p.689-720.
13. Asociación Española contra el Cáncer. Que el sol no te queme. [monografía en internet]; Disponible en: https://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/27317C85-0358-48B3-8CD2-B6984A94EF31/0/Triptico_sol08.pdf [citado 20 de enero de 2008]
14. Asociación Española contra el Cáncer. ¿Qué es el Cáncer?[monografía en internet]; Disponible en: <https://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/D5973E47-FA54-4756-898F-C2714DDEE8C2/0/tripticosol.pdf> [citado 20 de enero de 2008]
15. Buendía- Eisman, Agustín y otros (2003). "Epidemiología del Cáncer Cutáneo No Melanoma". Revista Piel. Barcelona, España: Ediciones Doyma; 17(1.): 3-4.
16. Estrada Sarmiento M, Virelles Espinosa I. Incidencia del cáncer de piel en la provincia Granma. Fundación Acta Odontológica Venezolana 2007; 45 (1): 11. Obtenido de la red mundial el día 20 de enero de 2008: Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/cancer_piel.htm
17. Gómez Clara G.; Santos Silva D.; Falcón Márquez I.; "Carcinoma Basocelular de los párpados". Revista Cubana de Oftalmología. 14 (2):120-4. Cuba. 2001. Obtenido de la red mundial el día 3 de noviembre de 2006: Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol16_01_03/oft03103.htm
18. Oficina Nacional de Estadísticas. Pinar en cifras. Indicadores Demográficos. (2007, mayo 25). Pinar del Río.
19. Scope Dr. Programa de Actualización Continua para Dermatología. Cáncer de piel. 2005. PAC-1: p34-8. Obtenido de la red mundial el día 20 de enero de 2008: Disponible en: <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/dermatologia/cancer.htm>
20. American Cancer Society. Información de referencia sobre el cáncer de piel. (2007, julio 20) Obtenido de la red mundial el día 20 de enero de 2008: Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_5_1X_Preencion_y_factores_de_riesgo_51.asp?
21. Muniesa S. J.; Lázaro M. J. Cáncer cutáneo en el área sanitaria de Teruel. Boletín Oncológico 9/1998.
22. Estrada Sarmiento M, Domínguez Moralobo R. Cánceres cutáneos del paciente geriátrico. Rev. Cubana Oncol 2004; 17 (3): 171-5. Obtenido de la red mundial el día 20 de enero de 2008: Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_3_01/onc05301.htm

23. Jiménez Chaviano PT, Rondón B. Consideraciones acerca del dolor en el anciano con cáncer. Rev. Cubana Oncol 1998; 14(1):26-34. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_1_98/onc04198.htm
24. Wolff K. et al. Precancerous Lesions and cutaneous carcinomas. Clinical Dermatology. Fifth edition; 2005.p. 270-292.
25. Stryker JE, Solky BA, Emmons KM. A content analysis of news coverage of skin cancer prevention and detection, 1979 to 2003. Arch Dermatol. 2005; 141(4):491-6.
26. Chávez Martínez FJ. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev. Cubana Oncol.1997; 13(1):5-11. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_1_97/onc01197.htm
27. Santana Gómez JA. Lesiones precancerosas y cánceres cutáneos del paciente anciano. Rev Cubana Oncol. 2000; 16(1):26-9. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16_1_00/onc05100.htm
28. Bni R, Dummer R. Are skin tumors on the increase. Schweiz Med Wochenschr 2006;125(35):1619-24.
29. Pagliani G, Costa P. Skin tumors. Minerva Chir. 1999;60(8):667-72.
30. Taniguchi Y. Skin surgery in patients 90 years of age and over. Int J Dermatol 2004;37(7):547-50.
31. Maia M. Risk factors for basal cell carcinoma a case control study. Rev Saude Publica. 2000;29(1):27-37.
32. Pluzhnikov MS. Skin tumors of the face. Western Otorrinolaringol. 1997;6(1):15-20.
33. Hallock GG. Prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis in 2000 excised skin tumors. Plast Reconstr Surg. 1999; 101(5):1255-61.
34. Estrada Sarmiento M. Lesiones malignas de la piel facial. Rev. Cubana Estomatol. 1988; 25(2):33-43. Disponible en:
35. Romero García M. Cirugía mayor ambulatoria un método con perspectiva. Rev. Cubana Cir. 1999; 38(3):156-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000300008&lng=es.
36. Medelo Curbelo ON. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínico quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo". Rev Cubana Cir. 1999; 38(1):41-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000300004&lng=es.
37. Lock-Andersen J. Drzewiecki K.T.; Wulf H.C. Naevi as a risk factor for basal cell carcinoma in Caucasians: a Danish case-control study. Acta Derm. Venereol. 2001; 79(4):314-9.

38. Rodríguez Orlando C. Manifestaciones mucocutáneas del liquen plano. Rev. Cubana Estomatol 2002; 39(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200006&lng=es.
39. Zequeira Peña Jorge Luis, García-Roco Pérez Oscar, Arredondo López Miguel. Incidencia de las lesiones cutáneas malignas faciales. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2003 Abr ; 40(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000100006&lng=es.
40. Venna SS, Lee D, Stadecker MJ, Rogers GS. Clinical recognition of actinic keratoses in a high-risk population; now good are we. Arch Dermatol 2005 ;141(4):507-9.
41. Ortonne JP. From actinic keratosis to squamous cell carcinoma. Br J Dermatol. 2002;146(161):20.
42. Pandeya N, Purdie DM, Green A, Williams G. Repeated occurrence of basal cell carcinoma of the skin and multifailure survival analysis: Follow-up data from the Nambour skin cancer prevention trial. Am J Epidemiol. 2005; 161(8): 748-54.
43. Ramos Israel L. et al. Epidemiología del cáncer de piel no melanoma. Rev. Cubana Oncol.2001; 17(1):43-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_1_01/onc08101.htm
44. Robbins L.S.; Patología Estructural y Funcional. 6ta edición. La piel. MC Graw-Hill- Interamericana de España sp; A.U. 1999;1231-1232.
45. Caubet Biayna J. Verificación de factores de riesgo para el carcinoma escamoso de labio. Tesis Doctoral; 2004.

ANEXO 1

Formulario sobre Cáncer de Piel Facial

No: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____.

Dirección Particular: _____.

Nombre del entrevistador: _____.

Preguntas (Marque con una **X** las respuestas correctas):

1. Edad:

- Entre 15 y 24 años ____.
- Entre 25 y 34 años ____.

- Entre 35 y 44 años ____.
- Entre 45 y 54 años ____.
- Más de 55 años ____.

2. Sexo: Masculino ____ . Femenino ____.

3. Fototipos: 0__ I__ II__ III__ IV__ V__ VI__.

4. Antecedentes patológicos personales de:

- Cáncer de piel ____
- Albinismo ____
- Xeroderma Pigmentoso ____
- Pénfigo Benigno Crónico Familiar ____
- Queratosis Folicular (Enfermedad de Darier) ____
- Síndrome de Bloom ____
- Síndrome de Rothmund-Thompson.

5. Antecedentes Patológicos Familiares de cáncer de piel: Si ____ No ____

6. Ocupación:

- Constructor ____
- Marinero o Pescador ____
- Campesino ____
- Salvavidas ____
- Deportista al aire libre ____
- Otra ocupación ____

¿cual? _____

7. Zona de la cara afectada:

- Frente ____.
- Nariz ____.
- Orejas ____.
- Labios ____.
- Mejillas ____.
- Mentón ____.

8. Uso de algún protector solar:

- Gafas ____
- Sombrero ____
- Gorra ____
- Sombrilla ____
- Ropa que cubra la mayor parte del cuerpo ____
- Protector solar ____

9. Presencia de lesiones premalignas:

- Queratosis actínica ____
- Cuerno cutáneo ____
- Léntigos ____
- Pecas melánicas ____

- Leucoplaquia ____
- Queilitis Actínica ____
- Cicatrices ____
- Ulceraciones ____
- Radiodermatitis ____
- Observaciones: _____

ANEXO 2

Consentimiento Informado:

Yo, _____, estoy de acuerdo a participar en la investigación titulada: Caracterización del cáncer de piel facial. Pinar del Río. 2007. Se me ha explicado que este estudio tiene como objetivo conocer factores relacionados con mi enfermedad.

- En caso de no desear continuar en la investigación puedo voluntariamente retirarme de ella, sin que esto constituya motivo de represalia.
- Se me realizará una entrevista personal con preguntas que he de responder con la mayor sinceridad posible.
- Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que así conste, firmo el presente consentimiento informado junto al médico que me brinda las explicaciones.

A los _____ días del mes _____ de 2007.

Firma del participante: _____

Nombre del médico: _____

Firma: _____

Recibido: 30 de Mayo de 2008.
Aprobado: 26 de Enero de 2009.

Dra. Audrey Santana Rodríguez. Especialista de Primer Grado en Dermatología.
Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río.
Dirección: Calle Eusebio González #5. Pinar del Río. Cuba.