

## VIII. Evolución epidemiológica del cáncer de piel no melanoma

José Avelino Seijo-Cortés\*

El cáncer de piel en México y en todo el mundo va en aumento, para explicar esto se han invocado factores como la exposición indiscriminada a las radiaciones solares; especialmente a las de tipo ultravioleta (UV)<sup>1</sup> y la migración (Australia).

El sol emite grandes cantidades de radiaciones UVC (200-290 nm de longitud de onda), UVB (290-310 nm) y UVA (310 a 400 nm) pero sólo UVA y una mínima proporción de UVB penetran el ozono y alcanzan la superficie terrestre.<sup>2</sup>

La capa de ozono se divide en dos: el ozono superior (estratosférico) ubicado entre 10 y 50 km sobre el nivel del mar y el ozono inferior (troposférico) en los primeros 10 km por arriba del nivel del marino. El daño a la capa superior de ozono provocado por las moléculas de clorofluorocarbono liberadas a la atmósfera y el incremento en la exposición terrestre a las mismas radiaciones ultravioleta<sup>2</sup> inciden en el número de casos de cáncer de piel que se ven año con año.<sup>3</sup> Lo cual se relaciona con la inquietud ambientalista mundial respecto al daño a la capa de ozono.

Claro que no deben descartarse otros factores etiopatogénicos como son los de tipo genético presentes en genodermatosis como el albinismo, el xeroderma pigmentoso, el síndrome de los carcinomas basocelulares nevoides (síndrome de Gorlin y Goltz); los carcinógenos físicos como la exposición a rayos X en pequeñas dosis repetidas y de forma prolongada<sup>4</sup> o los químicos entre los que destacan el arsénico (ocupacional: pesticidas o geográfico: hidroarsenicismo)<sup>5</sup> y algunos hidrocarburos aromáticos.<sup>4</sup>

Por otro lado, se deben tener en cuenta las llamadas dermatosis precancerosas entre las que destacan: queratosis actínicas, radiodermatitis crónica, queratosis arsenicales, queratosis por hidrocarburos, úlceras y cicatrices crónicas (osteomielitis, fístulas, quemaduras antiguas etc.) y en la mucosa oral la leucoplasia.<sup>6</sup>

En México el carcinoma basocelular constituye casi el 75% de los tumores malignos de la piel y el restante 25% está integrado por el carcinoma espinocelular (15-20%) y el melanoma maligno (5-10%).<sup>4</sup>

Específicamente, en el Centro Pascua el Servicio de Tumores se formó en el mes de marzo de 1983; desde

entonces se han atendido más de 6,000 pacientes con tumores malignos.

Los objetivos que persigue dicho servicio son:<sup>7</sup>

1. Promoción de la salud dirigida al público en general a través de información precisa sobre los tumores que afectan la piel y sus medidas preventivas.
2. Educación del paciente con el objeto de que acepte las medidas y procedimientos quirúrgicos necesarios para su curación.
3. Tratamiento de los tumores con abordaje quirúrgico, criocirugía, radioterapia, electrocirugía, destrucción con láser de CO<sub>2</sub> u otro.
4. Uniformar los criterios de manejo.
5. Enseñanza acerca del cáncer de piel y su manejo a nivel del médico de pregrado y más aún en el residente de postgrado.

Las estadísticas globales del Servicio de Tumores del Centro Pascua muestran que más del 77% de los pacientes tuvieron carcinoma basocelular, 17% carcinoma espinocelular, 4% melanoma maligno y el restante 2% corresponde a otros tumores menos frecuentes como: metástasis cutáneas de neoplasias internas, tumores anexiales como el carcinoma sebáceo, sarcomas y tumores diversos como merkeloma, pilomatrixoma y poroma ecrino maligno.<sup>7</sup>

En cuanto a edad y sexo, para el carcinoma basocelular más del 65% de los pacientes se encuentra entre la sexta y la octava décadas de la vida y casi el 70% de ellos son mujeres; por otro lado, el carcinoma espinocelular afectó en casi el 60% a grupos entre la séptima y octava décadas de la vida. La topografía también difiere: el carcinoma basocelular se presentó preferentemente en la cara (82%) y el carcinoma espinocelular en la cara y en más de la tercera parte en las extremidades y el tronco.<sup>7</sup>

Las diferentes y muy variadas formas clínicas en las que tanto el carcinoma basocelular como espinocelular pueden presentarse les otorgan a ambos tumores un lugar especial.

En cuanto al carcinoma basocelular se observan cuatro tipos fundamentales: exofíticos (mal llamados "nodulares" porque realmente son tumores y no granulo-

\* Médico adscrito a la Clínica de Tumores del Centro Dermatológico Pascua.  
Profesor adjunto del Curso de Postgrado en Dermatología, UNAM.

mas); planos (superficiales, planocicatrizales y morfeicos), ulcerados y pigmentados. Por cierto, que en nuestra población mestiza, hasta el 25% de los carcinomas basocelulares tienden a pigmentarse.<sup>4</sup>

Los carcinomas espinocelulares presentan también cuatro formas clínicas; superficial (intraepidérmico), "nodular queratósico" (cuya forma extrema constituye el llamado cuerno cutáneo), ulceroso y vegetante.

Ante la sospecha clínica de un tumor maligno, antes de ofrecer una propuesta terapéutica debe tenerse una confirmación histológica a través de la biopsia de piel. Esto obedece a que estos tumores pueden ofrecer una gran variedad de imágenes histológicas que determinan el tratamiento que se le debe brindar al paciente.

Entre las variables a tomar en cuenta al tratar un tumor maligno de la piel deben considerarse: edad del paciente y resultado cosmético esperado, número de tumores, tamaño del tumor, si el tumor está bien o mal limitado, si es tumor primario o recurrente, su localización anatómica (párpados por ejemplo), y el estado general de salud del paciente.

No debe olvidarse que las prioridades en orden de importancia son: salvar la vida, la completa extirpación del tumor, preservar el órgano o la función y el resultado estético adecuado .

Las opciones de manejo van desde: curetaje y electrodesecación, escisión simple con cierre directo, escisión y reconstrucción a través de colgajo o injerto cutáneo, criocirugía, radioterapia superficial, cirugía micrográfica

de Mohs, láser de CO<sub>2</sub>. Todas ellas están disponibles en el Centro Pascua lo que nos permite un amplio rango de opciones dependiendo de la situación ante la que nos encontremos. En fechas recientes, se ha unido al equipo de dermatólogos expertos en cirugía dermatológica, un oftalmólogo enfocado en el manejo oculoplástico del párpado, todo ello, para beneficio de los numerosos pacientes que atendemos en dicha Institución.

## Referencias

1. **Wang SQ**. Ultraviolet A and melanoma: A Review. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:837-46.
2. **Nguyen QH, Moy RL**. The sun, ozone depletion and skin cancer. In: Roenigk RK, Roenigk HH, editors *Surgical Dermatology*. 1st. ed. St. Louis Missouri Mosby; 1993. p.55-59.
3. **Moan J, Dahlback A, Henriksen T**. Biological amplification factor for sunlight-induced nonmelanoma skin cancer at high latitudes. *Cancer Res* 1989;49:5207-12.
4. **Saúl A**. Lecciones de Dermatología. 10ª. Ed. México D.F. Méndez Cervantes; 1988 pp.570.
5. **Quiñónez Valenzuela A, Gosset Osuna IG, Carboney Castellanos A, Cortina de Nava C, Ito F**. Arsénico y salud. *Salud Pub Mex* 1979;21:187-197.
6. **Callen PJ**. Possible precursors to epidermal malignancies. In: Friedman RJ. *Cancer of the skin*. 6th. ed. New York: WB Saunders 1991. 27-34.
7. **Gutiérrez RM, Medina A, Seijo JA**. La Clínica de Tumores del Centro Dermatológico Pascua. *Rev CDP* 1992;1;8-11
8. **Lever WF, Schamburg-Lever G**. *Histopathology of the skin*. 6th. ed. Philadelphia: JB Lippincot 1983. 499-505, 562-574.