

Frecuencia de tumores benignos durante el periodo de 2000-2006 en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Marcia Káram-Orantes,* Verónica Fonte-Ávalos, Soraya Zuloaga-Salcedo y Judith Domínguez-Cherit

Departamento de Dermatología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México D.F., México

Recibido en su versión modificada: 6 de julio de 2007

Aceptado: 13 de julio de 2007

RESUMEN

Antecedentes: Los tumores benignos de la piel se definen como el crecimiento autónomo de tejido sin relación con el patrón normal de crecimiento tisular, que persiste después del estímulo que le dio origen. Prácticamente todos los humanos presentan algún tumor benigno, pero la mayoría de las veces no se busca atención ya que no producen molestias. Son escasos los registros sobre la frecuencia de los tumores benignos. El objetivo de este estudio fue informar el número de tumores benignos en el Departamento de Dermatología de nuestro hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron los registros de histopatología del periodo 2000 a 2006. Se registró año, número de biopsia, sexo, edad, topografía, diagnóstico clínico y diagnóstico histológico.

Resultados: Se analizaron 9436 registros de biopsias, de las cuales 3765 fueron tumores benignos, de éstos se eliminaron 595 biopsias por falta de datos, para un total de 3170. Los tumores más frecuentes por grupo histopatológico en forma descendente fueron los tumores melanocíticos, quistes, tumores fibrosos, vasculares, de la epidermis, de tejido adiposo, del pelo, neurales, glandulares, sebáceos, de cartilago y hueso, y de músculo liso. Los tumores más frecuentes en general fueron nevos melanocíticos, quistes epidermoides, queratosis seborreicas, granulomas piógenos, lipomas y dermatofibromas.

Conclusiones: Los tumores benignos más frecuentes fueron los melanocíticos constituidos por nevos de unión, intradérmicos y compuestos, y los quistes epidermoides. Esta serie proporciona información de los tumores benignos más comunes en un servicio dermatológico.

Palabras claves:

Tumores benignos, nevos melanocíticos, quistes cutáneos, tumores con diferenciación sebácea y folicular, tumores glandulares, tumores fibrosos, tumores vasculares

SUMMARY

Background: Benign skin neoplasms are defined as autonomous growing tissue unrelated to normal growing of the skin, that persist even after the originating stimulus disappears. Almost all human beings have a certain number of benign cutaneous neoplasms and many never seek medical attention. There is a dearth of information regarding the frequency of these tumors. The aim of this study was to record the number of benign tumors studied at the Dermatology Department of a medical facility.

Material and methods: A retrospective study analyzed medical records between 2000 and 2006. We included year of admission, number of biopsies, sex, age, tumor location, histological and clinical diagnoses.

Results: We analyzed 9,436 biopsies of which 3,765 constituted benign neoplasms; 595 were not included and our total sample was 3,170 tumors. The most frequent tumors according to histopathological diagnoses in descending order were: melanocytic, cutaneous cysts, fibrous tumors, vascular tumors, epidermal tumors, fat tumors, tumors with hair differentiation, neural tumors, glandular tumors, tumors with sebaceous differentiation, cartilage and bone tumors, and smooth muscle tumors. The most common benign tumors were: Melanocytic nevi, epidermal cysts, seborrheic keratoses, pyogenic granulomas, lipomas and dermatofibromas.

Conclusions: Melanocytes represented by melanocytic nevi (junctional, intradermic and compound) were the most frequent benign neoplasms, followed by epidermoid cysts. Our results illustrate the most common benign tumors observed in a dermatology department.

Key words:

Benign neoplasms, melanocytic nevi, cutaneous cysts, tumors with hair follicle and sebaceous differentiation, sweat gland tumors, fibrous tumors, vascular tumors

Introducción

Los tumores o neoplasias benignas se definen como el crecimiento autónomo de tejido sin relación con el patrón normal de crecimiento tisular, que persiste después del estímulo que le dio origen. En términos generales, los tumores benignos se diferencian de los malignos en que

tienen un crecimiento limitado, no infiltran tejidos vecinos, no dan metástasis e histológicamente son bien diferenciados.¹

Prácticamente todos los humanos presentan un cierto número de tumores benignos, la mayoría de los cuales nunca son atendidos ya que no producen molestias ni preocupan al paciente. Aquellos pacientes que observan algún cambio en las lesiones que ya presentan son los que acuden al médico

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Marcia Káram-Orantes, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Departamento de Dermatología, Calzada de Tlalpan 4800, Deleg. Tlalpan, 14000 México D.F., México. Tel.: +52 (55) 4000-3057. Correo electrónico: magica_karam@yahoo.com

y por lo general lo hacen ante la preocupación de que sea cáncer de piel.

Los tumores benignos se dividen según el tejido que los originan y sus características histopatológicas:²

- Quistes cutáneos y lesiones relacionadas.
- Tumores de la epidermis.
- Tumores de melanocitos.
- Tumores del pelo y glándulas sebáceas.
- Tumores glandulares.
- Tumores fibrosos y fibrohistiocíticos.
- Tumores vasculares.
- Tumores de tejido adiposo.
- Tumores de músculo.
- Tumores de hueso y cartílago.

Debido a la gran cantidad de tumores benignos, y a que la mayoría de los especialistas no analiza estas lesiones a menos que haya duda diagnóstica, no existen muchas estadísticas sobre su frecuencia.^{1,3}

El objetivo de este trabajo es reportar la frecuencia de tumores benignos en el Departamento de Dermatología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" para contar así con una base estadística.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron los registros de histopatología del Departamento de Dermatología del año 2000 a 2006.

La información se vació en una base de datos computarizada, donde se registró año, número de biopsia, sexo, edad, topografía, diagnóstico clínico y diagnóstico histológico.

Los datos fueron analizados con estadística descriptiva, con cálculo de proporciones y medidas de tendencia central.

Resultados

Se analizaron 9436 registros de biopsias, de las cuales 3765 (39.9%) indicaron tumores benignos; se eliminaron 595 biopsias por falta de datos, dando un total de 3170.

Cada tumor se clasificó según su histopatología en un grupo correspondiente.

Los tumores según su frecuencia quedaron de la siguiente forma:

1. Tumores de melanocitos, 36% (n = 1143).
2. Quistes y lesiones relacionadas, 17.1% (n = 544).
3. Tumores fibrosos y fibrohistiocíticos, 9.8% (n = 313).
4. Tumores vasculares, 9.4% (n = 300).
5. Tumores de la epidermis, 8.9% (n = 285).
6. Tumores de tejido adiposo, 6.4% (n = 205).
7. Tumores del pelo, 4.3% (n = 137).
8. Tumores neurales, 2.1% (n = 69).
9. Tumores glandulares, 2% (n = 66).
10. Tumores sebáceos, 1.5% (n = 49).
11. Tumores de cartílago y hueso, 0.95% (n = 30).
12. Tumores de músculo liso, 0.59% (n = 19).

De cada clasificación se obtuvo sexo, edad y topografía de mayor afección (Figura 1), así como los dos tumores más frecuentes dentro de cada grupo.

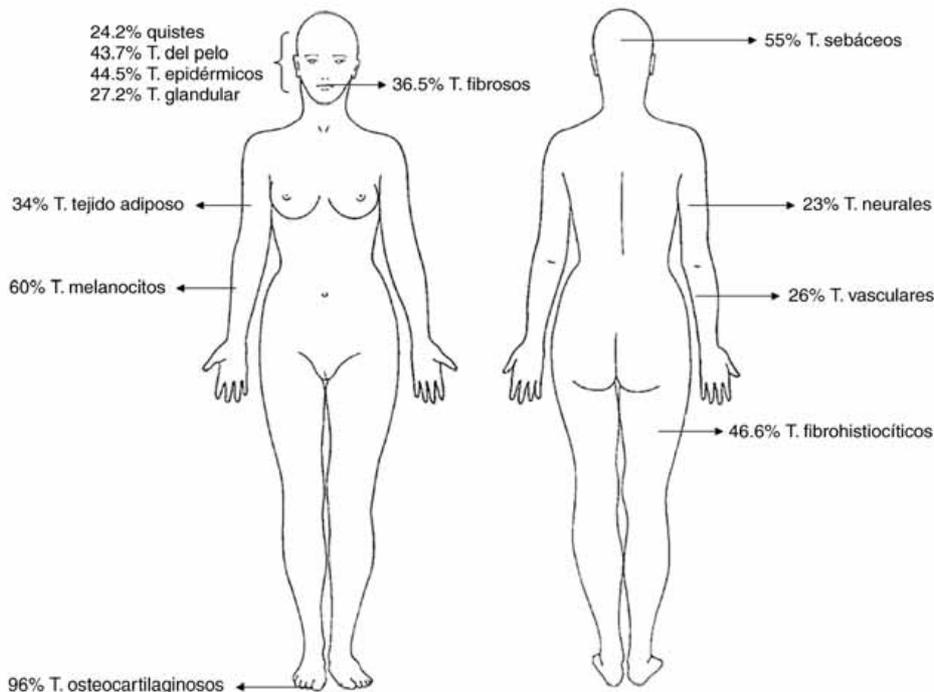


Figura 1. Topografía de tumores benignos por grupo histopatológico.

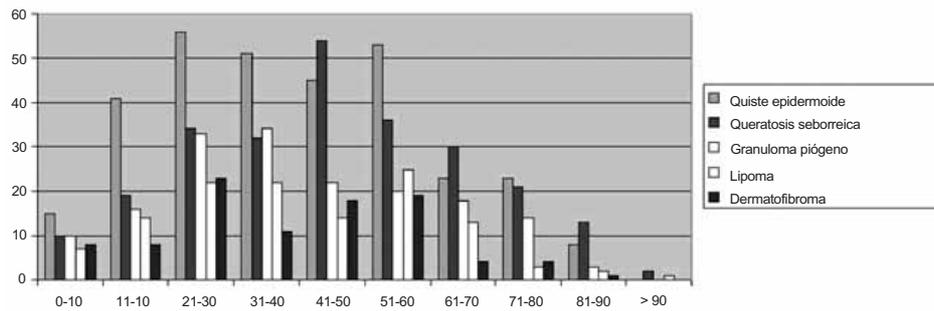


Figura 2. Tumores benignos más frecuentes por grupo de edad.

De los tumores melanocíticos, 92.3% (n = 1056) correspondieron a nevos melanocíticos intradérmicos, compuestos y de unión. En segundo lugar estuvieron los nevos azules con 4.3% (n = 50) de los casos. Se afectaron mayormente las mujeres en una relación de 1.7:1. La edad de presentación fue de los 7 a 88 años, sin poder establecer una frecuencia más específica.

En el segundo grupo, los quistes, la edad más frecuente fue entre la segunda y quinta décadas de la vida. El quiste epidermoide fue el representante de este grupo, con 61.3% (n = 344); el segundo, el mucocele, con 9.9% (n = 54).

El tercer grupo, constituido por los tumores fibrosos y fibrohistiocíticos, estuvo representado por el dermatofibroma, con 31.9% (n = 100), seguido por la hiperplasia fibrosa, con 18.5% (n = 58). La edad más frecuente fue entre la segunda y cuarta décadas de la vida.

El grupo de los tumores vasculares tuvo una edad de manifestación entre la segunda y cuarta décadas. El tumor más frecuente fue el granuloma piógeno, con 56.6% (n = 176), seguido por 5.6% de tumor glómico.

En el grupo de los tumores epidérmicos, el más común fue la queratosis seborreica, con 92.6% (n = 264), seguida por el nevo epidérmico verrugoso, con 3.15%; la edad de mayor presentación fue entre la segunda y sexta décadas de la vida.

El sexto grupo de tumores de tejido adiposo fue encabezado por el lipoma, con 61.4%, y el angioliipoma, con 21.9%. La edad más frecuente fue entre la quinta y sexta décadas de la vida.

El pilomatrixoma fue el tumor más común en el séptimo grupo de tumores del pelo, con 64.9%, seguido por el tricoepitelioma, con 18.2%. Hubo dos picos en la edad de presentación: en la primera década de la vida y en la cuarta.

El octavo grupo, los tumores neurales, fue representado por el neurofibroma, con 60.8%, seguido por el schwannoma, con 18.8%, afectando especialmente a pacientes entre la quinta y sexta décadas de la vida.

El poroma écrino fue el tumor más frecuente (40.9%) en el grupo de tumores glandulares, seguido por los siringomas (15.1%). Afectó de igual forma a hombres y mujeres con edades que entre 3 y 83 años.

Los tumores sebáceos fueron representados por el nevo sebáceo (61.2%) y la hiperplasia sebácea (30.6%). La edad de presentación fue de 2 a 75 años.

El 63.1% de los tumores de músculo liso fueron angioleiomiomas, seguidos por los piloleiomiomas, con 26.3%. Se afectó mayormente a las mujeres con una relación 2:1, no se pudo establecer una edad representativa pero eran pacientes de los 5 a 80 años.

En el último grupo de tumores de cartílago y hueso 96% de los casos fueron tumores osteocartilaginosos afectando principalmente las extremidades inferiores específicamente

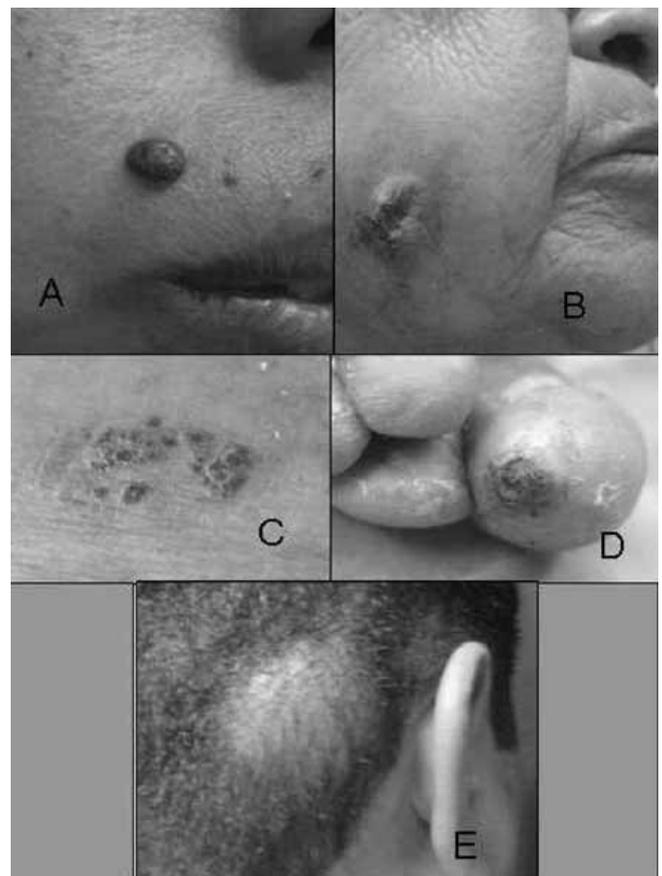


Figura 3. Morfología de los cinco tumores benignos más frecuentes: A) nevo melanocítico; B) quiste epidermoide; C) queratosis seborreica; D) granuloma piógeno; E) lipoma.

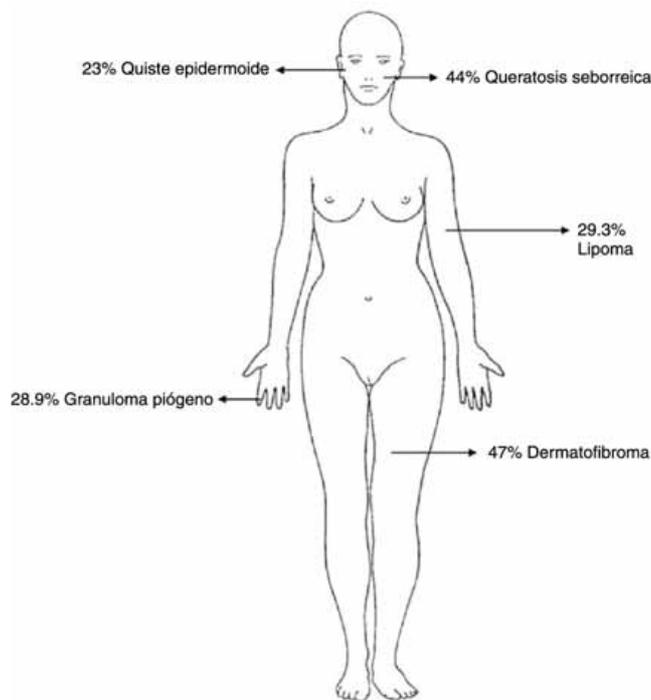


Figura 4. Topografía de los tumores benignos más frecuentes.

el primer dedo del pie (Figura 1). Hubo dos picos de edad que estuvieron en las segunda y quinta décadas, y la afección por sexos fue por igual.

El sexo femenino fue el más afectado en términos generales, excepto en los grupos de tumores glandulares y de cartílago y hueso.

Los diez tumores más frecuentes, independientemente de su grupo dentro de esta serie fueron nevos de unión, intradérmicos y compuestos, (33.3%), quistes epidermoides (10.8%), queratosis seborreicas (8.3%), granulomas piógenos (5.5%), lipomas (3.9%), dermatofibromas (3.1%), pilomatrixomas (2.8%), hiperplasia fibrosa (1.8%), mucocele (1.7%) y fibroma blando (1.6%).

También se definieron los cinco tumores más frecuentes por grupo de edad (Figura 2); en la figura 3 puede observarse la morfología de éstos y en la figura 4, su topografía.

Discusión

A pesar de la escasez de estadísticas, los tumores benignos más frecuentes son los nevos melanocíticos, que suelen adquirirse durante el transcurso de la vida dependiendo de los factores hereditarios, el fototipo y la exposición solar. Por lo general, los nevos empiezan a aparecer entre los 2 y 6 años de edad, alcanzando su mayor pico en la tercera década de la vida. Hay pocos estudios sobre la historia natural de estos nevos.⁴ En este estudio sólo se hizo un registro de la cantidad de nevos melanocíticos, sin determinar edad y sexo dado el gran número de lesiones.

Un estudio realizado en el Centro Dermatológico Pascua mostró igualmente que los tumores benignos más frecuentes en su población fueron los melanocíticos, representados por los nevos azules y displásicos.³

El quiste epidermoide es el quiste cutáneo más observado, suele afectar por igual a hombres y mujeres, son raros en niños y más comunes en adultos.⁵ Existen padecimientos como el síndrome de Gardner y el de nevos basocelulares donde estas lesiones prevalecen más que en la población general.^{6,7}

Una investigación realizada en el Hospital General de México con una recopilación de 10 años, demostró que la principal lesión quística fue el quiste epidermoide, con 87.3%;¹ en nuestra serie también lo fue con 61.3%, presentándose principalmente entre la segunda y sexta décadas de la vida. A diferencia de otros tumores, la frecuencia de éste es más fidedigna ya que el tratamiento definitivo de los quistes epidermoides es el tratamiento quirúrgico.

La queratosis seborreica, derivada de los queratinocitos, es una de las dermatosis más frecuentes en los pacientes geriátricos, seguida de los angiomas rubí y léntigos solares. Se encuentran en 80% de los pacientes mayores de 65 años, pero pueden observarse también a partir de los 30 años.^{1,8,9} Afectan más a los individuos caucásicos y por igual a hombres y mujeres.¹⁰ En este estudio fue el tercer tumor en frecuencia, con predominio en las mujeres, y el pico de edad fue entre la cuarta y séptima décadas de la vida. Al igual que lo señalado en la literatura, la localización más común fue la cara.⁸ Sin embargo, debe recordarse que las queratosis seborreicas pueden ser tratadas con métodos no quirúrgicos como aplicación de ácido tricloroacético (TCA) y nitrógeno líquido, entre otros. Aquí sólo fueron registradas las que recibieron tratamiento con rasurado y electrofulguración; a pesar de ser un servicio de enseñanza, no todas las muestras son enviadas a estudios patológicos de rutina.

El granuloma piógeno, también denominado hemangioma capilar lobular, suele afectar áreas donde pueden recibirse traumas menores como cara, dedos y tronco, y suele ser más frecuente en la niñez, alrededor de los seis años.^{11,12} Recientemente se ha encontrado mayor prevalencia de seropositividad a *Bartonella* en pacientes con granuloma piógeno que en quienes no lo desarrollan.¹³

En nuestros resultados, el granuloma piógeno fue más frecuente en las extremidades superiores y de éstas afectó en especial los dedos pulgar e índice. A diferencia de lo señalado en la literatura, la segunda y cuarta décadas fueron las más afectadas y no los niños (Figura 4).

El lipoma es la neoplasia mesenquimatosa más común,^{1,14} puede localizarse en cualquier sitio subcutáneo, si bien existe predilección por tronco y extremidades. Algunos estudios estadísticos han demostrado que es más frecuente en hombres¹² y adultos mayores.

Los lipomas suelen ser lesiones aisladas, aunque también pueden ser múltiples. Los resultados de esta base registraron a los lipomas como el principal tumor del tejido adiposo y el cuarto de los tumores benignos; fue más frecuente en mujeres, a diferencia de las series donde se indica el sexo masculino. La localización más frecuente fue en las extremidades superiores para ambos sexos.

Hay que recordar que estos tumores tienen un curso benigno y muchos sólo se extirpan quirúrgicamente cuando dan molestias o son de gran tamaño, así que el número de lipomas puede ser mayor que el registrado, ya que sólo se capturaron los tratados con escisión.

El quinto tumor más frecuente es el dermatofibroma, el segundo tumor fibrohistiocítico después del angiofibroma, suele afectar principalmente al sexo femenino y la cara anterior de la pierna, y su tratamiento es quirúrgico, aun cuando por lo general tiene un curso benigno.^{9,15} En nuestra serie fue el tumor fibrohistiocítico más frecuente seguido por la hiperplasia fibrosa; tanto el sexo como la topografía coincidieron con lo reportado en la literatura.

El grupo de tumores con menor frecuencia en la serie fueron los tumores de músculo liso, con 0.59%. La literatura refiere que son muy raros, con una incidencia desde 0.04%.^{16,17}

Si bien los tumores descritos presentaron mayor afección en el sexo femenino, se debe resaltar que la población que asiste al servicio de dermatología de nuestro hospital está constituida principalmente por mujeres. Además, los tumores que repercuten en el aspecto estético suele preocuparles más y por lo mismo hay un número de escisiones mayor.

En conclusión, los tumores benignos de piel tienen una frecuencia de 39.9% de las biopsias estudiadas en nuestro Departamento. Se estableció que los cinco más frecuentes fueron nevos melanocíticos, quistes epidermoides, queratosis seborreicas, granulomas piógenos y lipomas.

Este estudio aporta datos epidemiológicos importantes de los tumores cutáneos benignos en nuestro país.

Referencias

1. Manual de oncología cutánea. Tesis del doctor Jorge Luis Pérez Martínez del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua". 1996.
2. **Branhill R.** Textbook of Dermatopathology. McGraw-Hill. 1998, pp 909.
3. **Fragoso-Gutiérrez A, Medina-Bojórquez A, Gutiérrez RM, et al.** Tumores cutáneos benignos: correlación clínico-patológica en el servicio de dermatología del Centro Dermatológico Pascua de 1995 al 2004. *Dermatología Rev Mex* 2006;50:1
4. **Maize JC, Foster G.** Age-related changes in melanocytic naevi. *Clin Exp Dermatol* 1979;4:49.
5. **Silver Sh, Ho V.** Benign Epithelial Tumors. In: Fitzpatrick Freedberg I, Eisen A, Katz S, editors. *Dermatology in General Medicine*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. pp. 778-784.
6. **Cooper PH, Fechner RE.** Pilomatricoma-like changes in the epidermal cysts of Gardner's syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:639-644.
7. **Gorlin RJ.** Nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Dermatol Clin* 1995;13:113-125.
8. **Drones B.** Benign neoplasms/hyperplasia. *Dermatology Nur* 2006;18:376-378.
9. **Pariser R.** Benign neoplasms of the skin. *Med Clin North Am* 1998;6:1285-1306.
10. **Verhagen ARHB, Koten JW, Chaddah VK, Patel RI.** Skin diseases in Kenya: a clinical and histopathological study of 3168 patients. *Arch Dermatol* 1968;98:577-586.
11. **Patrice SJ.** Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma): a clinicopathologic study of 178 cases. *Pediatr Dermatol* 1991;8:267.
12. **Bangs S.** The maturing adult: benign tumors of the skin. *Clinics Family Practice* 2003;3:733-756.
13. **Lee J.** Pyogenic granuloma: pyogenic again? Association between pyogenic granuloma and Bartonella. *J Cutan Med Surg* 2001;5:467-470.
14. **Weiss SW, Goldblum JR.** Benign lipomatous tumors. In: *Soft Tissue Tumors*. 4th ed. St Louis, Missouri: Mosby; 2001. pp. 571-639.
15. **Mentzel T, et al.** Benign fibrous histiocytoma (dermatofibroma) of the face: Clinicopathologic and immunohistochemical study of 34 cases associated with an aggressive clinical course. *Am J Dermatopathol* 2001;23:419.
16. **Orellana-Díaz O, Hernández-Pérez E.** Leiomyoma cutis and leiomyosarcoma: a 10 year study and a short review. *J Dermatol Surg Oncol* 1983;9:283-287.
17. **Yokoyama R, Hashimoto H, Daimaru Y, Enjoli M.** Superficial leiomyomata. A clinicopathologic study of 34 cases. *Acta Pathol Jpn* 1987;37:1415-1422.