

# Estudio epidemiológico del carcinoma basocelular en un hospital de la comunidad

## Epidemiological study of basal cell carcinoma in a community hospital

Virginia Mariana González<sup>1</sup>, Santiago Pablo Busso<sup>2</sup>, Rita Leitner<sup>2</sup>, Gabriel Casas<sup>3</sup>, Margarita Larralde<sup>4</sup>

### Resumen

**Introducción.** El carcinoma basocelular es la neoplasia más frecuente del ser humano, pese a lo cual no hay estadísticas exactas de esta patología. A fin de comenzar a conocer las características epidemiológicas en nuestra población, se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

**Objetivo.** Estimar la distribución de frecuencias de las características clínicas, histopatológicas, demográficas y de los factores de riesgo conocidos del carcinoma basocelular (CBC) en nuestro medio.

**Materiales y métodos.** Se realizó la historia clínica completa y confirmación histopatológica de los pacientes con CBC que concurren al Servicio de Dermatología del Hospital Alemán, entre junio del 2007 y mayo del 2008.

**Resultados.** La muestra quedó constituida por 125 pacientes en los que se hallaron 222 lesiones. El 68% presentó una sola lesión. Las edades estuvieron comprendidas entre los 32 a 103 años, con un promedio de 66 años. El 41% correspondió al sexo femenino y el 59% al sexo masculino, con una relación hombre:mujer de 1,4:1. El 93% de los pacientes fueron de fototipo II y III, con exposición solar recreacional intensa y alto grado de fotodaño. El 34% de los pacientes tuvo historia previa de cáncer de piel. En cabeza y cuello se localizó el 46% de las lesiones, en tronco el 27% y en miembros el 17%. En las últimas dos localizaciones, la forma clínica superficial fue la más frecuente. La variante histopatológica prevalente en cabeza, cuello y en miembros fue la de crecimiento infiltrativo (41%) y en el tronco la superficial (54%).

**Conclusión.** En la población estudiada, el rango etario más afectado fue el de 60 a 69 años, hallándose predominio en el sexo masculino, a excepción de los menores de 40 años. Un alto porcentaje de los pacientes tuvo antecedentes previos de cáncer de piel, y presentó múltiples lesiones simultáneamente. La mayoría de los pacientes fueron de fototipo II y III, con alto grado de fotodaño y de exposición solar intensa intermitente (73%). A pesar de ello, sólo el 20% utilizaba medidas de fotoprotección. A diferencia de lo publicado en la literatura, encontramos un menor porcentaje de compromiso de cabeza y cuello (46%), y una mayor cantidad de formas clínicas e histopatológicas agresivas. Finalmente, destacamos la importancia de la realización de trabajos epidemiológicos como el que presentamos, que aportan datos relevantes sobre nuestra población, teniendo en cuenta que no existen estudios prospectivos publicados recientemente (*Dermatol Argent* 2009;15(1):37-43).

**Palabras clave:** carcinoma basocelular, cáncer cutáneo, epidemiología.

### Abstract

**Background.** Even though basal cell carcinoma (BCC) is the most frequent neoplasm of the human being, there are no precise statistics of this entity. To get to know the epidemiologic characteristics of our population we made a prospective, descriptive and transversal study.

**Objective.** Determine the clinical, histopathological and demographic characteristics and the known risk factors of BCC in our population.

**Methods.** A complete specific questionnaire and histopathologic confirmation was performed in all patients with BCC that consulted the Dermatology Clinic of the German Hospital between June 2007 and May 2008.

**Results.** A total of 222 histologically confirmed BCCs were diagnosed in 125 patients, with a range of 1 to 16 lesions per patient (68% had only one lesion). The average age was 66 years. Forty one percent were females and 59% males with a preponderance of male over female patients of 1.4-1. Ninety three percent had skin types II and III, with intense recreational sun exposure and severe photo damage. Thirty four percent had a personal history of skin cancer. The distribution of lesions was: 46% head and neck, 27% trunk and 17% upper and lower limbs. Superficial BCC was the most frequent clinical type seen on trunk and extremities. Histopathologically, infiltrating subtype (41%) was seen on the head and neck and extremities whereas superficial subtype was seen on the trunk (54%).

**Conclusions.** In our sample the age range more affected was 60 to 69 years, with a preponderance of male patients, except under 40 years. A high percentage of patients had a personal history of skin cancer, and had simultaneous BCCs. The majority of patients had skin types II and III, with intense intermittent sun exposure and photo damage (73%). Nevertheless only 20% took sun exposure measures.

Unlike what has been published, we found a lower percentage of BCCs on the head and neck (46%) with a higher ratio of aggressive clinical and histological subtypes.

Finally, we would like to emphasize the importance of epidemiological studies as the one we present, because they provide relevant data of our population, and no prospective studies have been published recently (*Dermatol Argent* 2009;15(1):37-43).

**Key words:** basal cell carcinoma, skin cancer, epidemiology.

**Fecha de recepción:** 17/11/08 | **Fecha de aprobación:** 5/2/09

1. Becaria en Dermatología Oncológica.
2. Médicos de planta del Servicio de Dermatología.
3. Médico dermatólogo.
4. Jefa del Servicio de Dermatología. Hospital Alemán de Buenos Aires.

### Correspondencia

Virginia Mariana González: [virginiagonzalez30@hotmail.com](mailto:virginiagonzalez30@hotmail.com)

### Introducción

El término cáncer cutáneo no melanoma (NMSC) se utiliza habitualmente para referirse al carcinoma basocelular (CBC) y al espinocelular (CEC). El CBC es la neoplasia maligna más frecuente en la población blanca y representa el 80-85% de los cánceres de piel. Entre los factores de riesgo para el desarrollo

**CUADRO 1.** DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO.

Edad	n	%
Hasta 39 años	5	4
40-49 años	14	11,20
50-59 años	19	15,20
60-69 años	38	30,40
70-79 años	23	18,40
80 años o más	26	20,80

de esta patología, se encuentran los relacionados con el huésped y los relacionados con factores ambientales.

En las últimas décadas el CBC, más que el CEC, ha sufrido un aumento sostenido de su incidencia,<sup>1,2</sup> incluso en poblaciones jóvenes.<sup>3</sup> Esto se debe, entre otros factores, al cambio en los hábitos de exposición solar de ciertos grupos poblacionales y a la depleción del nivel de ozono atmosférico. Debido a que la incidencia del CBC aumenta con la edad, el incremento de la expectativa de vida, con mayor número de personas ańosas en la población, también es otro de los factores involucrados en el aumento del número de casos, lo cual se acrecentará en las próximas décadas.

A pesar de este incremento de casos a nivel mundial, es difícil determinar la verdadera incidencia del CBC, ya que no existen registros estadísticos exactos, tanto regionales como globales. Esto se relaciona con la dificultad que implica el registro sistemático de una patología de alta frecuencia, lo cual requiere gran disponibilidad de recursos para llevarlo a cabo.

Al igual que en la mayor parte del mundo, en nuestro país no existe un registro nacional del CBC, aunque se han publicado recientemente estadísticas de registros hospitalarios,<sup>5</sup> que son en su mayoría de tipo retrospectivo y basados en datos histopatológicos. La necesidad de comenzar a conocer las características epidemiológicas en nuestra población fue lo que motivó el presente trabajo.

**Objetivos.** Estimar la distribución de frecuencias de las características clínicas, histopatológicas y de los factores de riesgo conocidos del epiteloma basocelular en nuestra población.

## Materiales y métodos

**Diseño.** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal sobre el CBC.

**Población en estudio.** El estudio fue realizado entre los pacientes con CBC que concurrieron al Servicio de Dermatología del Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina, en el término de un año, entre los meses de junio del 2007 y mayo del 2008. De los 243 pacientes con CBC vistos en el período citado, se incluyeron aquellos en los que se pudieron obtener datos clínicos y epidemiológicos completos y se les realizó estudio histopatológico incisional y/o escisional evaluado por dermatólogos.

Se excluyeron del presente estudio a los pacientes con CBC evaluados y tratados por otros Servicios del Hospital y a aquellos individuos de los que no se pudieron obtener datos completos. Se realizó una historia clínica en un formulario diseñado para tal

**CUADRO 2.** CLASIFICACIÓN DEL FOTOENVEJECIMIENTO DE R.G. GLOGAU.

<b>Grado I o leve</b>	Sin queratosis actínicas; sin arrugas; sin / mínima discromía.
<b>Grado II o moderado</b>	Queratosis actínicas iniciales; discromía amarillenta; arrugas iniciales; líneas paralelas de la sonrisa.
<b>Grado III o avanzado</b>	Queratosis actínicas; marcada discromía amarillenta; telangiectasias; arrugas en reposo.
<b>Grado IV o severo</b>	Múltiples queratosis actínicas c/s cáncer de piel, severa discromía y telangiectasias, arrugas actínicas, gravitacionales o dinámicas.

efecto, especificándose sexo, edad, color de ojos y de cabello, fototipo (siguiendo la Clasificación de Fitzpatrick), antecedentes de exposición a RUV, fotoprotección, fotodaño (siguiendo la escala de Glogau) y quemaduras solares. También se consideró la exposición a agentes químicos carcinogénicos como hidrocarburos, arsénico y tabaco, los antecedentes personales y familiares de cáncer de piel y de otras neoplasias malignas, la existencia de inmunosupresión y de gnodermatosis con potencial oncogénico cutáneo.

En cuanto a la/las lesiones del paciente, se consideró el número, la ubicación anatómica, el tamaño, el tiempo de evolución, la forma clínica (siguiendo el Consenso de la SAD)<sup>4</sup>, la presencia o no de pigmentación y ulceración y la variante histopatológica (Clasificación de la OMS 2006).

Se incluyeron en total 125 pacientes adultos de ambos sexos.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital.

**Análisis estadístico.** Los datos fueron volcados en una base de datos (tipo Excel) y luego analizados empleando un microprocesador Pentium 4, 2.4 Ghz y el paquete estadístico Epi Info versión 6,04. Se determinaron las estadísticas descriptivas adecuadas para cada variable según su escala de medición y distribución. Cuando fue necesario, se realizaron cálculos de estimación de intervalos de confianza del 95% (IC95%), binomial y Chi cuadrado (con valor estadísticamente significativo de  $p < 0,05$ ).

## Resultados

### Características de la población

La muestra quedó constituida por **125 pacientes**, en los cuales se diagnosticaron **222 carcinomas basocelulares**. El número de tumores por paciente osciló entre 1 y 16, con un promedio de 1,76, que en los hombres (1,79) fue similar a las mujeres (1,74). El 69% (n=86) de los pacientes presentó una sola lesión, mientras que el 26,4% (n=33) presentó entre 2 y 4 tumores, el 4% (n=5) de 5 a 9 y el 1% (n=1) más de 10 lesiones simultáneas.

Se observó una predominancia significativa en el sexo masculino (M), representando el 59,2% (n=74), contra el 40,8% (n=51) del sexo femenino (F), con una relación hombre/mujer de 1,4 / 1 ( $p=0,04$ ).

Las **edades** de los pacientes al momento del diagnóstico estuvieron comprendidas entre los 32 y 103 años, con un promedio de 66 años (64 en mujeres y 67 en hombres). La máxima prevalencia (30,4%) se vio en el rango etario comprendido entre los

**CUADRO 3.** FORMAS CLÍNICAS HALLADAS Y SU DISTRIBUCIÓN POR SEXOS.

Formas clínicas	Global (n=222 tumores)	Hombres (n=133 tumores)	Mujeres (n=89 tumores)
	n (%)	n (%)	n (%)
Superficial	70 (31,6)	40 (30)	30 (33,7)
Nodular	53 (23,8)	33 (25)	20 (22,4)
Planocicatrízal	55 (24,77)	35 (26)	20 (22,4)
Papuloide	29 (13)	16 (12)	13 (14,6)
Ulcerada	11 (5)	7 (5)	4 (5)
Fibroepitelial de Pinkus	2 (0,9)	0 (0)	2 (2,24)
Queloidal	1 (0,45)	1 (0,75)	0 (0)
Cuerno cutáneo	1 (0,45)	1 (0,75)	0 (0)

60 y 69 años. Es de destacar que el 20,8% de los pacientes tenían 80 años o más. Los 5 pacientes menores de 40 años eran de sexo femenino (**Cuadro 1**).

Todos los pacientes fueron de raza blanca, con **fototipos** (según la clasificación de Fitzpatrick) de I a IV. El mayor porcentaje (52%) correspondió al fototipo II con 65 pacientes y al III (40,8%) con 51 pacientes. El 5,6% de los pacientes era de fototipo I (n=7) y el 1,6% (n=2), de fototipo IV.

No hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,92$ ) entre el número de pacientes con ojos claros (49,6%) y oscuros (50,4%). Idénticas cifras se registraron con respecto al color de cabello.

Con respecto a los hábitos de **exposición solar**, el 72,8% (n=91) de los pacientes (IC95%: 64,9-81) tuvo alta exposición recreacional (de tipo intermitente intensa). Sólo el 4,8% (n=6) de los pacientes se expusieron en forma diaria, por razones laborales.

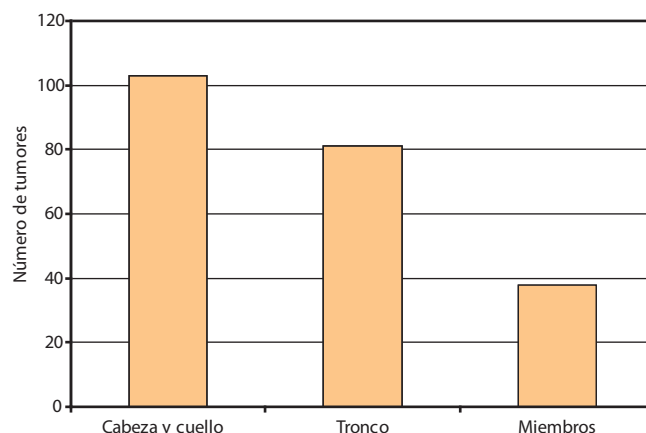
No se halló utilización significativa de **dispositivos artificiales de bronceado** en el 97,6% (n=122) de los pacientes, excepto en 3 casos (2,4%) (IC95%: 0,5-6,9), ni de **fototerapia** en el 99% (n=124) de los casos (IC95%: 0,01-4,4).

Un porcentaje significativo de los pacientes (58,4%; n=73) refirió antecedentes de **quemaduras solares** severas en su infancia y adolescencia, mientras que el 41,6% no las presentó ( $p<0,0001$ ).

El 87,2% (n=109) de los pacientes no utilizó **fotoprotectores** tópicos, dato muy significativo estadísticamente ( $p<0,0001$ ). Es de destacar que sólo el 20% de los pacientes que ya habían tenido un cáncer de piel previo tomaba actualmente medidas de fotoprotección.

Para evaluar el **fotodaño** se utilizó la escala de Glogau (**Cuadro 2**). Se halló fotodaño significativo en el 96% de los casos: 44% (n=55) de los pacientes presentaron grado III de fotoenvejecimiento; 28% (n=35) grado II; 12% grado I; y 12% grado IV ( $p<0,0001$ ).

Con respecto a otros factores de riesgo conocidos de CBC, se halló contacto laboral frecuente con **hidrocarburos** sólo en el 4,8% (n=6) de los pacientes (IC95%: 1,76-10,17), **inmunosupresión** en el 8% (IC95%: 3,88-14,23) y ningún paciente presentó signos de **arsenicismo** o **genodermatitis** con potencial oncogénico cutáneo (síndrome de Gorlin, etc.) (IC95%: 0-2,9). En 3 casos se había realizado **radioterapia** en el área afectada

**Gráfico 1.** Distribución por áreas anatómicas.

varios años antes, por tratamiento de acné, cáncer de laringe y malformación vascular, respectivamente.

Solo el 4,8% (n=6) de los pacientes relataron consumo significativo o prolongado de tabaco (IC95%: 1,76-10,17).

De los 125 pacientes, 43 (34,4%) tenían **antecedentes previos de cáncer de piel** (IC95%: 26,1-46,4), de los cuales el 58% correspondió a CBC exclusivamente. En estos 43 pacientes hubo 30 CBC, 9 CEC, 5 melanomas y 4 epitelomas de estirpe desconocida por el paciente.

El 12,8% de los pacientes (n=16) tuvo neoplasias extracutáneas, no encontrándose predominancia significativa de ninguna de ellas.

El antecedente familiar de cáncer de piel se rescató sólo en 13 pacientes (10,4%). De éstos, 5 correspondieron a melanomas, 2 a CBC y el resto a epitelomas sin especificar.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en ninguna de las variables analizadas con anterioridad.

### Características de las lesiones

El **tiempo de evolución** del carcinoma fue menor a 1 año en el 46% (n=103), de 1 a 5 años en el 42% (n=93) y de 10 a 20 años o más en el 2% (n=4). En el 10% este dato fue desconocido por el paciente.

En cuanto a la **localización anatómica** (**Gráfico 1**), fue significativa ( $p<0,0001$ ) la predominancia en *cabeza y cuello*, donde se ubicó el 46,3% (n=103), siendo la frente el sitio más comprometido (26%), seguido por la mejilla (18,4%) y la nariz (16,5%). De estos 103 casos, 60 (58%) fueron de sexo masculino y 43 (42%) de sexo femenino.

El 27% (n=81) se presentó en el *tronco*, correspondiendo el 49% al dorso y el 47% al tórax anterior. Solo 2 lesiones se ubicaron en abdomen y 1 en axila. En esta localización, 49 lesiones (60%) correspondieron a pacientes del sexo masculino y 32 (40%) al femenino. El 17% (n=38) se ubicó en los *miembros*. De estos, el 58% afectó a los miembros inferiores (a predominio de la pierna en el 77%) y el 42% a los miembros superiores (a predominio de hombro y antebrazo por igual en el 37,5%). En los miembros, 24 lesiones (63%) correspondieron a pacientes hombres y 14 (36%) a mujeres.

El **tamaño** tumoral fue en el 44% (n=98) de los casos de 1 a 9 mm, de 10 a 19 mm en el 48,6% (n=108), de 2 a 5 cm en el 6,75% (n=15) y mayor a 5 cm en el 0,45% (n=1). El tamaño promedio fue de 10 mm. El mayor tamaño se presentó en la forma clínica ulcerada (5 cm) (**Foto 1**).

Las 4 **formas clínicas** más frecuentes (93%) fueron: *superficial*, hallada en 70 pacientes (31,6%), *planocicatrizal* en 55 pacientes (24,7%), *nodular* en 53 casos (23,8%) y *papuloide* en 29 (13%). Si se considera a la variante papuloide dentro de la forma nodular, esta forma clínica fue la más frecuente (37%) (**Foto 2**).

El resto de las variantes clínicas encontradas fueron: ulcerado, terebrante, fibroepitelial de Pinkus, cuerno cutáneo, y hubo 1 caso de la variante queloidal. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ( $p=0,948$ ) (**Cuadro 3**). La *pigmentación* se halló en el 22,9% de los casos (IC95%: 17,6-29,1) de manera similar a la *ulceración*, que se presentó en el 22,5% de las lesiones (IC95%: 17,2-28,6).

Con respecto a la localización anatómica (**Cuadro 4**): en *cabeza y cuello* las formas clínicas más frecuentes fueron: planocicatrizal en 33 casos (32%) (**Foto 3**), nodular en 30 casos (29%) y papuloide en 25 casos (24%), sin predominancia estadística de ninguna de ellas ( $p=0,06$ ), así como tampoco por áreas anatómicas específicas (frente, nariz, etc.).

En cambio, en el tronco hubo una predominancia significativa de la forma superficial ( $p<0,0001$ ) (**Foto 4**), que representó el 49,3% de los casos (n=46), seguida por la nodular en el 22% (n=16) y la planocicatrizal en el 18,5% (n=5). En el tronco se hallaron también 2 variantes papuloides, 1 queloidal y 1 tumor fibroepitelial de Pinkus (axila).

En los miembros también predominó la forma superficial ( $p=0,05$ ) en el 44,7% (n=17), seguido por la nodular en el 21% y la planocicatrizal en el 18,4%. La paciente con mayor número de lesiones (16) era de sexo femenino, de 44 años de edad y 2 de los CBC que presentó correspondieron a la variante fibroepitelial de Pinkus (uno en axila y uno suprapoplíteo). Las **variantes histológicas** halladas en los 222 CBC están representadas en el **Cuadro 5**. Los tres subtipos hallados en mayor número fueron el infiltrativo en el 41,4%, seguido por el superficial y el nodular en el 27,4%, respectivamente.

Las variantes halladas con mayor frecuencia por área anatómica fueron: en *cabeza y cuello* la forma infiltrante (cordonada) en el 56,3% (n=58), en el *tronco* la superficial en el 54,3% (n=44) y en *miembros* la variedad infiltrante en el 39,4% (n=15) seguida por la superficial en el 34,2% (n=13). Esta predominancia resultó ser estadísticamente significativa ( $p<0,0001$ ).



**Foto 1.** Forma clínica ulcerada: lesión de 5 cm localizada en el dorso en un paciente añoso.



**Foto 2.** Lesión nodular localizada en la frente: esta forma clínica, si se considera junto con la papuloide, fue la de mayor frecuencia en nuestra casuística y en particular en la región de la cabeza y el cuello.



**Foto 3.** Forma clínica planocicatrizal: altamente frecuente en la cabeza y en el cuello.

Con respecto a la **terapéutica** instaurada en los 222 CBC, 15 lesiones fueron tratadas con terapia fotodinámica, 2 con criocirugía, 2 con imiquimod y el resto (91,4%) por escisión quirúrgica.

## Discusión

La incidencia del CBC varía ampliamente en función del área geográfica y la raza considerada.<sup>6,7</sup> Es mayor en zonas cercanas al Ecuador, y en poblaciones blancas que migraron a estas latitudes como sucede en Australia y en los estados del sudoeste de EE.UU. En este último país, la incidencia estimada de CBC para el 2008 es de 1 millón de nuevos casos<sup>8</sup> y la tasa de incidencia por raza en hombres-mujeres es de 31-19,9 por 100 mil habitantes de raza blanca, de 4,4-3,3 en indios y de 5,8-5,9 en hispanos.<sup>9</sup> En Europa la incidencia varía entre 22 a 87 por 100 mil habitantes, dependiendo del país en cuestión.<sup>10</sup> La mayor tasa se observa en Australia, donde afecta al 1 a 2% de la población.<sup>11,12</sup>

La exposición intensa intermitente a la RUV es uno de los factores etiológicos más importantes para el desarrollo del CBC, así como lo es la exposición continua (ocupacional) para el CEC.<sup>6,13,14</sup>

La susceptibilidad genética también juega un rol fundamental en el desarrollo del CBC. Una serie de mutaciones y polimorfismos génicos han sido descritos en esta patología. Entre ellos se encuentran los del receptor 1 de la melanocortina (MC1R),<sup>15</sup> de la p53,<sup>16</sup> del gen Patched (PTCH),<sup>17</sup> ras y otros.

Si bien la mayoría de las estadísticas mundiales de cáncer excluyen al NMSC, desde la pasada década en algunos países se han creado registros a partir de las bases de datos electrónicas de anatomopatología. Se considera que tendrían un subregistro de entre el 25 al 30% de los tumores, ya que el sistema sólo permite la incorporación del primer tumor de cada paciente, subestimando así la incidencia de lesiones simultáneas o sucesivas en la misma persona (consideran la incidencia de paciente y no la del caso), que es frecuente en estos cánceres cutáneos.<sup>10,18,19</sup> También influye en este subregistro el hecho de que en ocasiones las lesiones sospechosas se destruyen sin confirmación histológica y que muchos pacientes añosos no consultan por estas neoplasias.

El conocer en forma más precisa cuales son las características de CBC en nuestro medio fue lo que motivó el presente trabajo. Si bien la cantidad de pacientes que pudimos observar durante el año en que se desarrolló el estudio fue limitada, por el hecho de ser un trabajo de naturaleza prospectiva, pudimos realizar algunos hallazgos relevantes.

Nuestra casuística mostró una ligera predominancia en el sexo masculino con una relación M:F de 1,4:1,



Foto 4. Variante superficial: representa la forma clínica más común en el tronco y en los miembros.

CUADRO 4. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LOS 222 CBC DIAGNOSTICADOS.

Formas clínicas halladas	Cabeza y cuello	Tronco	Miembros
	n (%)	n (%)	n (%)
Superficial	7 (6,8)	46 (49,3)	17 (44,7)
Nodular	30 (29)	22(16)	8 (21)
Planocicatrízal	33 (32)	15 (18,5)	7 (18,4)
Papuloide	25 (24)	2 (2,4)	1 (2,6)
Ulcerado	7 (6)	0 (0)	4 (10,5)
Fibroepitelial de Pinkus	0 (0)	1 (1,2)	1 (2,6)
Queloidal	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)
Cuerno cutáneo	1 (1)	0 (0)	0 (0)
<b>Total de tumores</b>	<b>103</b>	<b>81</b>	<b>38</b>

CUADRO 5. VARIACIÓN EN LA DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS ANATOMOPATOLÓGICAS HALLADAS POR ÁREA ANATÓMICA.

Subtipo histológico	Global	Cabeza y cuello	Tronco	Miembros
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Superficial	61(27,4)	4 (3,8)	44 (54,3)	13 (34,2)
Nodular (lobulado)	61 (27,4)	38 (36,8)	14 (17,2)	9 (23,6)
Infiltrativo (cordonado)	92 (41,4)	58 (56,3)	19 (23,4)	15 (39,4)
Microlobulado	1 (0,45)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)
Fibroepitelial de Pinkus	2 (0,9)	0 (0)	1 (1,2)	1 (2,6)
Adenoide	2 (0,9)	1 (0,9)	1 (1,2)	0 (0)
Queloidal	1 (0,45)	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)
Basoescamoso	1 (0,45)	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)
Queratinizante	1 (0,45)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)

similar a la referida usualmente<sup>20</sup> así como la edad promedio al momento del diagnóstico, que fue de 66 años.<sup>10,21</sup> Debido a que el Hospital cuenta con una importante población añosa, se registró un porcentaje significativo de tumores en pacientes de 80 años o más. Si bien el número de casos es bajo como para obtener significación estadística, los 5 pacientes con edades menores a los 40 años fueron del sexo femenino, coincidiendo con lo que figura en las publicaciones recientes.<sup>3,22,23</sup>

Tal como se conoce habitualmente en la epidemiología del CBC, el sexo masculino, la localización en tronco, la forma clínica superficial y la edad avanzada son predictores de CBC múltiples.<sup>10,24,25</sup> En nuestra serie, de los

6 pacientes con cinco o más lesiones, 5 fueron del sexo masculino, con una edad promedio de 64 años.

Todos los pacientes de nuestra casuística pertenecieron a la raza blanca y fueron en su mayoría (93%) de fototipos II y III. Si bien la presencia de cabello y ojos claros se señalan habitualmente como factores de riesgo para el desarrollo del CBC,<sup>13,26</sup> en nuestros pacientes estos factores no registraron significación estadística.

La gran mayoría de los pacientes tuvo antecedentes de *quemaduras solares y alta exposición al sol* natural con fines recreacionales a lo largo de su vida. No así a fuentes artificiales de RUV con fines terapéuticos ni cosméticos (PUVA, camas solares, etc.). También se halló un intenso grado de fotodaño, con múltiples queratosis solares que, se sabe, aumentan el riesgo de CBC.<sup>27</sup> A pesar de ello, el uso de medidas de fotoprotección fue minoritario, incluso después del diagnóstico de un tumor cutáneo previo, lo cual debe alertarnos sobre la necesidad de mayor educación sobre el tema.

El antecedente de cáncer de piel previo fue significativo (con IC95% de hasta el 46%) y la mayor parte de los tumores previos fueron CBC, reforzando la idea de que el paciente con un CBC tiene entre 30% y 70% de probabilidad de presentar otros a posteriori.<sup>28,12</sup>

No se halló relación significativa con neoplasias extracutáneas.

Tampoco se encontró en nuestra serie relación con otros factores de riesgo conocidos para el CBC ni con el tabaquismo, que no sería un factor de riesgo independiente para el CBC, salvo en pacientes jóvenes, según lo referido por algunos autores.<sup>22,29</sup>

La mayoría de los individuos presentó una sola lesión. Sin embargo, encontramos algunos con una notable cantidad de CBC simultáneos, sin que medie una patología predisponente conocida. El tamaño tumoral fue menor de 2 cm en el 93% de los pacientes. El tiempo de evolución fue menor de 5 años en el 88%.

Coincidiendo con la literatura, en nuestros pacientes, el área anatómica afectada con más frecuencia fue la cabeza, pero a diferencia de las estadísticas,<sup>4</sup> lo fue en menor porcentaje que el 80% mencionado habitualmente,<sup>25</sup> y la ubicación más común fue la frente en lugar de la nariz.

La segunda localización en frecuencia fue el tronco, en un porcentaje mayor al 15% que se menciona en la literatura. En esta área, las lesiones predominaron en el dorso y en el tórax anterior. De los miembros, los superiores fueron los más afectados. Fue insignificante la cantidad de lesiones halladas en el abdomen, los muslos, las manos y los pies.

En las estadísticas internacionales de la población caucásica, la *forma clínica* más común del CBC es la nodular,<sup>30</sup> que representa aproximadamente el 60% del total. Nuestro estudio mostró, en forma global, una menor incidencia de la variante nodular/papuloide (37%), que sí predominó, como es habitual, en cabeza y cuello.

La variante superficial tuvo mayor número de casos que el descrito en la literatura (que es del 15%), y prevaleció en el tronco y en los miembros, como es habitual.

También observamos un porcentaje sumamente alto de la forma planocicatrízal, que alcanzó el 24,7% y resultó más frecuente en cabeza y cuello.

Hallamos en el dorso un tumor de la variante clínico-patológica denominada queloidal, recientemente descrita en la literatura, y de la cual existen sólo 4 casos publicados.

La *pigmentación* de la lesión, que en nuestra serie fue del 22%, varía en las diferentes poblaciones. En la raza blanca es de aproximadamente el 6%<sup>31</sup> mientras que en la asiática llega al 69%.<sup>21</sup>

Con respecto a los patrones histopatológicos hallados, a diferencia de la literatura, en nuestra población la variante histológica más frecuente fue la de crecimiento infiltrativo (cordonado y microbulado). Este subtipo fue el predominante en la cabeza y cuello, a diferencia de lo publicado habitualmente que ubica a la variante nodular como la más frecuente.

En el tronco predominó la variante superficial y en los miembros, la infiltrativa y la superficial.

## Conclusiones

Si bien clásicamente se minimiza la importancia del CBC debido a su baja mortalidad, la incidencia está en aumento constante, con creciente afectación de pacientes de edades mayores y menores a las habituales, con gran número de lesiones sucesivas o simultáneas, y por ende mayor morbilidad y mayores costos en salud. Estos hallazgos, sumados a la predominancia de formas clínicas e histopatológicas más agresivas y al bajo nivel de cuidado en materia de fotoprotección de los pacientes deben motivarnos a trabajar más firmemente en el tema.

Finalmente, destacamos la importancia de la realización de trabajos epidemiológicos como el que presentamos, que aportan datos relevantes sobre nuestra población, teniendo en cuenta que no existen estudios prospectivos publicados recientemente.

## Agradecimientos

Al Dr. Vicente C. Castiglia por su colaboración en el análisis estadístico del presente trabajo.

## Conflictos de interés

La Beca en Dermatología Oncológica cuenta con el patrocinio de la Fundación Pablo Cassará.

## Referencias

- Hannuksela-Svahn A, Pukkala E, Karvonen J. Basal cell carcinoma and other non-melanoma skin cancers in Finland from 1956 through 1995. *Arch Dermatol* 1999;135:781-786.
- Staples MP, Elwood M, Burton RC, et al. Non-melanoma skin cancer in Australia: the 2002 national survey and trends since 1985. *Med J Aust* 2006;184:6-10.
- Christenson LJ, Borrowman TA, Vachon CM, et al. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. *JAMA* 2005;294:681-690.
- Consenso sobre Carcinoma Basocelular y Carcinoma Espinocelular. Guía de recomendaciones. Coordinador Dr. Mario Marini. Sociedad Argentina de Dermatología 2005.

5. Lukaszuk BLM, Cidral Muñiz E, Leite Da Veiga M, Iribas JL. Aspectos epidemiológicos del cáncer no melanoma de piel en un servicio de dermatología de la ciudad de Santa Fe-Argentina 2007. *Rev Argent Dermatol* 2008;89:30-36.
6. Qureshi AA, Laden F, Colditz GA, et al. Geographic variation and risk of skin cancer in US women. *Arch Intern Med* 2008;5:501-507.
7. Stern RS. The mysteries of geographic variability in nonmelanoma skin cancer incidence. *Arch Dermatol* 1999;135:843-844.
8. Ridky Todd W. Nonmelanoma skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:484-501.
9. National Cancer Institute: <http://seer.cancer.gov/statfacts> (2008).
10. Stang A, Ziegler S, Büchner U, et al. Malignant melanoma and non-melanoma skin cancers in Northrhine-Westphalia, Germany: a patient-vs. diagnosis-based incidence approach. *Int J Dermatol* 2007;46:564-570.
11. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol* 2002;146:1-6.
12. Tran H, Chen K, Shumak S. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2003; 149: 50-52.
13. Suárez B, López-Abente G, Martínez C, et al. Occupation and skin cancer: the results of the HELIOS-1 multicenter case-control study. *BMB Public Health* 2007;7:180-193.
14. Kricker A, Armstrong BK, English DR, Heenan PJ. Does intermittent sun exposure cause basal cell carcinoma? A case-control study in western Australia. *Int J Cancer* 1995;60:489-494.
15. Scherer D, Lorenzo Bermejo J, Rudnai P, et al. MC1R variants associated susceptibility to basal cell carcinoma of skin: Interaction with host factors and XRCC3 polymorphism. *Int J Cancer* 2008;122:1787-1793.
16. McGregor JM, Hanwood CA, Brooks L, et al. Relationship between p53 codon 72 polymorphism and susceptibility to sunburn and skin cancer. *J Invest Dermatol* 2002;119:84-90.
17. Lacour JP. Carcinogenesis of basal cell carcinomas: genetics and molecular mechanism. *Br J Dermatol* 2002;146:17-19.
18. Hoey SHE, Devereux CEJ, Murray L, et al. Skin cancer trends in Northern Ireland and consequences for provision of dermatology services. *Br J Dermatol* 2007;156:1301-1307.
19. McLoone NM, Middleton RJ, Gavin AT, et al. Audit of basal cell carcinoma: registration practice. *Br J Dermatol* 2003;148:371.
20. Oberszyn TM. Non-melanoma skin cancer: Importance of gender, immunosuppressive status and vitamin D. *Cancer Letters* 2008;261:127-136.
21. Chen CC, Chen CL. Clinical and histopathologic findings of superficial basal cell carcinoma: a comparison with other basal cell carcinoma subtypes. *J Clin Med Assoc* 2006;69:364-371.
22. Boyd AS, Shyr Y, King LE. Basal cell carcinoma in young women: An evaluation of the association of tanning bed use and smoking. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:706-709.
23. Cox NH. Basal cell carcinoma in young adults. *Br J Dermatol* 1992;127: 26-29.
24. Lear JT, Smith AG, Strange RC, et al. Patients with truncal basal cell carcinoma represents a high-risk group. *Arch Dermatol* 1998;134:373.
25. Lovatt TJ, Lear JT, Bastrilles J, et al. Associations between ultraviolet radiation, basal cell carcinoma site and histology, host characteristics, and rate of development or further tumors. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:468-473.
26. Gree A, Battistutta D, Hart V, et al. Skin cancer in a subtropical Australian population. Incidence and lack of association with occupation. *Am J Epidemiol* 1996;144:1034-1040.
27. Neale RE, Davis M, Pendeya N, et al. Basal cell carcinoma on the trunk is associated with excessive sun exposure. *J Am Acad Dermatol* 2007;56: 380-386.
28. Czarnecki D, Sutton T, Czarnecki C, et al. A 10-year prospective study of patients with skin cancer. *J Cutan Med Surg* 2002;6:427-429.
29. De Hertog SA, Wensveen CA, Bastiaens MT, et al. Relation between smoking and skin cancer. *J Clin Oncol* 2001;19:231-238.
30. McCormak CJ, Nelly JW, Dorevich AP. Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1997;133:593-596.
31. Maloney ME, Jones DB, Sexton FM. Pigmented basal cell carcinoma: investigation of 70 cases. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:74-78.



### El blanco sobre la N-cadherina aumenta la respuesta de los melanomas a la quimioterapia

Un nuevo pentapéptido, ADH-1, que interfiere con la adherencia mediada por N-cadherina, promueve la respuesta del melanoma a la quimioterapia citotóxica. Apuntar a N-cadherina para aumentar los efectos citotóxicos de la quimioterapia es una estrategia novedosa para mejorar la respuesta en los pacientes con melanoma.

Augustine CK, et al.  
*Cancer Res* 2008;68:3777-3784

**ACC**



### Hallazgos que abren una nueva vía en la lucha contra el HIV

La mayoría de las drogas usadas actualmente contra el HIV apuntan a las proteínas del virus. Debido a su alta mutagenicidad, esto provoca resistencias, lo que no ocurriría al apuntar sobre proteínas humanas, menos susceptibles de mutar. Se ha hallado que la interferencia sobre la kinasa inductora de IL-2 las células T (ITK) (proteína emisora de señales que activan a las células T) inhibe la infección por HIV.

Schwartzberg P.  
*Boletín de NIH*. 28 de abril, 2008.

**ACC**