

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y
CLINICA DE TUMORES CUTANEOS MALIGNOS EN**

INDERMA

Estudio descriptivo - retrospectivo realizado con historias
clínicas de pacientes que consultaron al Instituto de
Dermatología (INDERMA), en el periodo comprendido
de Enero de 1986 a Diciembre de 1996.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala*

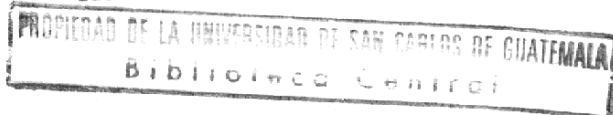
POR

SANDY YADIRA GRANADOS LOPEZ

En el acto de investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, Noviembre de 1998.



05
T(7975)
C.4

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (la) MAESTRA EDUC.PRIM. SANDY YADIRA GRANADOS LOPEZ

Carnet Universitario No: 99-13167

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA DE LOS
TUMORES CUTANEOS MALIGNOS EN INDERMA

trabajo asesorado por:

Doctor: MIRNA ALDANA

y revisado por:

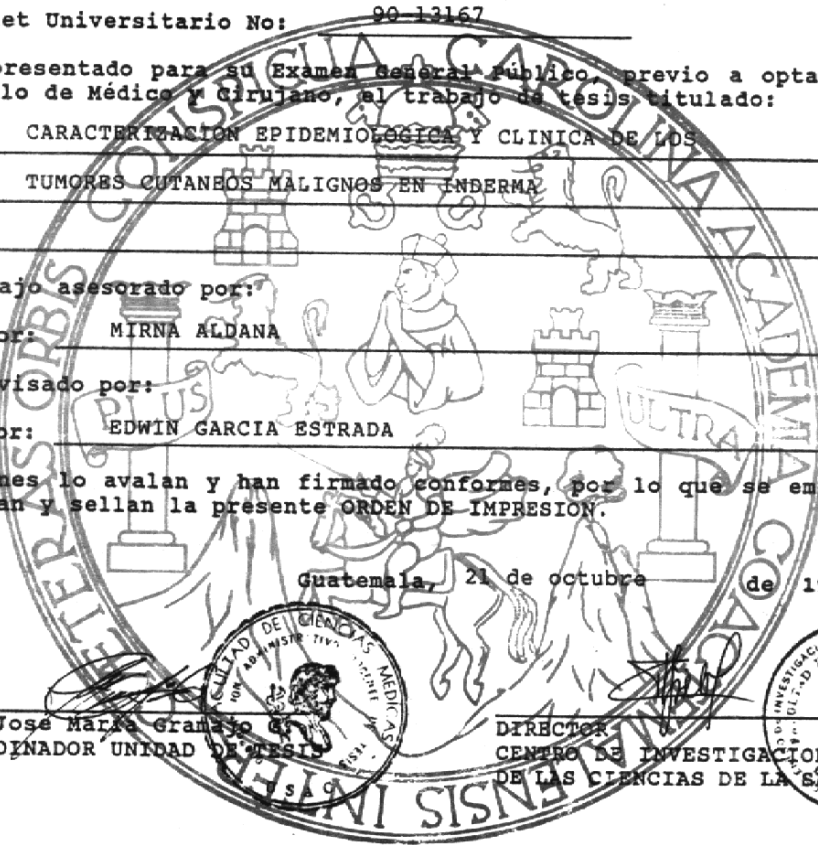
Doctor: EDWIN GARCIA ESTRADA

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 21 de octubre de 1998.

Dr. José María Granados
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



IMPRIMASE:
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DR. ROMEO ARNALDO VÁSQUEZ VÁSQUEZ
DECANOR. ROMEO ARNALDO VÁSQUEZ VÁSQUEZ
DECANO 1998 - 2002



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de octubre 1998

Doctor:
José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el (la) MAESTRA EDUC. PRIMARIA
SANDY YADIRA GRANADOS LOPEZ

Nombres y apellidos completos

Carnet No. : 90-13167 ha presentado el Informe Final de su trabajo
de tesis titulado:

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA DE LOS TUMORES

CUTANEOS MALIGNOS EN INDERMA

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

Dra. Mirna Aldana
Jefe Unidad Alergología
F. Asesor
Nombre completo y sello
Dra. Mirna Aldana

F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 11497

Dr. Edwin García Estrada
Jefe de Clínica
OCT 24 1998



APROBACION INFORME FINAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Universidad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

OF. NO: 213-98

Guatemala, 21 de octubre 1998.

MAESTRA EDUC. PRIMARIA
SANDY YADIRA GRANADOS LOPEZ
CARNET No. 90-13167

Facultad de Ciencias Medicas
USAC

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
titulado:

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA DE LOS TUMORES CUTANEOS
MALIGNOS EN INDERMA

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su
graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. José María Gramajo Garmández
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA. La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es
responsabilidad única del autor.

INDICE

CAPITULO	CONTENIDO	PAG.
I	INTRODUCCION	1
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III	JUSTIFICACION	5
IV	OBJETIVOS	6
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	8
VI	METODOLOGIA	26
VII	PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	33
VIII	CONCLUSIONES	47
IX	RECOMENDACIONES	48
X	RESUMEN	49
XI	BIBLIOGRAFIA	50
XII	ANEXOS	52

CAPITULO I

INTRODUCCION

La piel, como cualquier otro órgano del cuerpo, es susceptible de sufrir lesiones locales o generales, siendo afectada por enfermedades que se originan a expensas de los diferentes tejidos que la forman, que van desde simples inflamaciones hasta procesos neoplásicos malignos (cáncer de piel). Además, debido a las condiciones ambientales del mundo actual, en el que las barreras de protección contra los rayos ultravioleta del sol, se deterioran más a cada momento, son facilitadoras de un aumento en la incidencia de estas patologías.(6) (7)

El carcinoma de las células basales es la forma más común de cáncer de piel, el segundo tipo es el carcinoma escamocelular; aunque estos 2 tipos de cáncer de piel son los más comunes representan menos de 0.1% de las muertes debidas a cáncer, (21). Aunque estos dos carcinomas son los tipos más frecuentes de tumores de la piel, ésta también puede ser el sitio de una gran variedad de neoplasias malignas, estas incluyen: melanoma maligno, los linfomas cutáneos de células T (micosis fungoides), sarcoma de Kaposi, enfermedad extramamaria de Paget, carcinoma apócrino de la piel y enfermedad de Bowen. Estos problemas neoplásicos de la piel, constituyen patologías que han incrementado su incidencia en los últimos tiempos ,(17), debido a múltiples factores que incluyen: las condiciones climatológicas de algunas regiones (clima cálido, seco-húmedo), además, que gran parte de la población se dedica a actividades al aire libre lo que favorece el daño de la piel y el posterior desarrollo de cáncer de piel (8). Por lo anterior se llevó a cabo el presente estudio tipo descriptivo-retrospectivo en el INDERMA (Instituto de Dermatología), durante el período de enero 1986 a diciembre 1996, teniendo como objetivo determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de TUMOR CUTANEO MALIGNO.

Se encontraron 230 casos en los cuales se observó que el carcinoma basocelular fué el más frecuente, la edad más común fué en los mayores de 61 años , el sexo más afectado fué el femenino, el método diagnóstico único utilizado fué biopsia de piel. De las técnicas de tratamiento la más utilizada fué la resección quirúrgica y se refirieron 42 casos al INCAN (Instituto Nacional de Cancerología) por ser avanzados, necesitando además de resección quirúrgica, radioterapia o quimioterapia.

De acuerdo a los resultados obtenidos es recomendable que el médico general se interese en adquirir conocimientos sobre esta entidad, ya que un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar la morbilidad y mortalidad.

CAPITULO I

Los tumores cutáneos malignos en adultos representan varias patologías que no han sido suficientemente estudiadas en Guatemala, ya que no se les ha dado la debida importancia por el hecho de que no contribuyen en forma importante a la mortalidad, su crecimiento es lento, su conducta es poco agresiva y de hecho son susceptibles de sufrir lesiones locales o generales, siendo afectados por enfermedades que se originan a expensas de los diferentes tejidos que la forman, que van desde simples inflamaciones hasta procesos neoplásicos malignos (cáncer de piel).

Lo que como cualquier otro órgano del cuerpo, es susceptible de sufrir lesiones locales o generales, siendo afectados por enfermedades que se originan a expensas de los diferentes tejidos que la forman, que van desde simples inflamaciones hasta procesos neoplásicos malignos (cáncer de piel). Además debido a las condiciones ambientales del mundo actual, en el que las barreras de protección contra los rayos ultravioleta del sol, se deterioran más a cada momento, son facilitadores de un aumento en la incidencia de estas patologías (6) (7).

El carcinoma de las células basales es la forma más común de cáncer de piel, el segundo tipo es el carcinoma escamocelular; aunque estos 2 tipos de cáncer de piel son los más comunes, representan menos de 0.1% de las muertes debidas a cáncer (21).

Aunque estos dos carcinomas son los tipos más frecuentes de tumores de la piel, esta también puede ser el sitio de una gran variedad de neoplasias malignas, estas incluyen: melanoma maligno, los linomas cutáneos de células T (micosis fungoides), sarcoma de Kaposi, enfermedad extramamaria de Paget, carcinoma apocrino de la piel y enfermedad de Bowen. Estos problemas neoplásicos de la piel, constituyen patologías que han incrementado su incidencia en los últimos tiempos (17), debido a múltiples factores que incluyen: las condiciones climatológicas de algunas regiones (clima cálido, seco-húmedo), además, que gran parte de la población se dedica a actividades al aire libre lo que favorece el daño de la piel y el posterior desarrollo de cáncer de piel (8). Por lo anterior se llevó a cabo el presente estudio tipo descriptivo-retrospectivo en el INDERMA (Instituto de Dermatología), durante el período de enero 1986 a diciembre 1996, teniendo como objetivo determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de TUMOR CUTANEO MALIGNO.

CAPITULO III

JUSTIFICACION

El médico general muchas veces no está familiarizado con la patología cutánea y el manejo de este tipo de pacientes, a pesar de ser una situación que afecta a gran cantidad de personas que asisten a las consultas.

Según la literatura revisada se encontró que entre el 25 y 30 % de la consulta diaria de médicos familiares institucionales o médicos generales privados, corresponde a diversas dermatosis. (1).

En Guatemala en el año de 1992 el Cáncer de Piel se encontraba ocupando el segundo lugar dentro de las diez localizaciones más frecuentes de cáncer registradas. (17). La mayoría de pacientes que consultan proceden de los departamentos con clima cálido-seco o húmedo, en los cuales la actividad productiva es desarrollada principalmente al aire libre; en vista que tales factores no pueden ser modificados, el cáncer de la piel continua teniendo una incidencia muy alta. (3), (8), (14).

El fin primordial de esta investigación es determinar las características epidemiológicas y clínicas de los Tumores Cutáneos Malignos, ya que hasta el momento se desconoce su prevalencia y hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio que los agrupe de acuerdo a alguna clasificación y defina sus características.

Para llevar a cabo el estudio se eligió INDERMA (Instituto de Dermatología), ubicado en la zona 6 de la ciudad capital, institución donde se atiende aproximadamente 2,700 pacientes al mes, población en la que los Tumores Cutáneos Malignos se hacen presentes con frecuencia.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

General:

1. Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de TUMOR CUTANEO MALIGNO, atendidos en INDERMA (Instituto de Dermatología), en el periodo de 1986 a 1996.

Específicos:

De los pacientes con Tumor Cutáneo Maligno:

1. Determinar la frecuencia.
2. Determinar la edad y sexo más afectado.
3. Establecer el lugar de origen y ocupación.
4. Establecer el nivel socioeconómico.
5. Determinar la existencia de antecedentes familiares de Tumor Cutáneo Maligno.
6. Identificar los métodos diagnósticos más utilizados para confirmar Tumor Cutáneo Maligno.
7. Determinar la certeza del diagnóstico clínico comparado con el histológico de las lesiones que fueron biopsiadas.
8. Definir la localización más frecuente de las lesiones.

9. Establecer el tipo de tratamiento dependiendo de la presentación del tumor.
10. Determinar el pronóstico de los pacientes después de haber recibido tratamiento.
11. Identificar recidivas (a un año).

CAPITULO V

REVISION BIBLIOGRAFICA

TUMORES CUTANEOS MALIGNOS

Un tumor, es una lesión dermatológica primaria, es una infiltración grande, circunscrita, no inflamatoria de la piel o tejido subcutáneo, también se emplea comúnmente para describir las lesiones que obviamente son un nuevo crecimiento de la piel, sin relación a tamaño y localización. Los tumores varían ampliamente en tamaño, forma y consistencia, además pueden originarse de cualquier tipo de célula de la epidermis, dermis y apéndices cutáneos. (20).

Un tumor cutáneo siempre debe considerarse como sospechoso, se deberá considerar la posibilidad de malignidad en la presencia de:

- a) Una lesión encostrada o sangrante persistente, especialmente cuando está localizada en áreas expuestas al sol en un adulto.
- b) Un lunar pigmentado, no piloso, que aumenta de tamaño o se inflama.
- c) Una lesión verrugosa sobre una cicatriz. (20).

Los tumores cutáneos malignos (cáncer de piel), pueden clasificarse y hacerse más extensos al hablar de los subtipos y sus variedades, pero en este estudio se dará atención a los cánceres más frecuentes y sobre todo de trascendencia por su mortalidad y situación previsible, en los que se encuentra como principal factor de riesgo la exposición crónica al sol, debida a la penetración de rayos ultravioleta (UVA, UVB Y UVC) de onda larga, intermedia y corta, que dañan el cuerpo genético de las células propias de la

epidermis, así como las fibras colágenas y elásticas de la epidermis superficial. También se encuentran otros factores de riesgo como radiodermatitis, traumatismos, quemaduras, cicatrices, infecciones y úlceras crónicas, administración de arsenicales y recientemente inmunosupresión por el SIDA o posterior a un transplante renal. (7) (20).

CLASIFICACION DEL CANCER DE PIEL

- Carcinoma de células basales
- Carcinoma espinocelular (Epidermoide)
- Melanoma maligno
- Enfermedad de Bowen o Cancer in situ
- Enfermedad de Paget mamaria y extramamaria
- Linfoma cutáneo de células T (micosis fungoide y síndrome de Sezary)
- Sarcoma de Kaposi
- Sarcomas (dermatofibrosarcoma protuberans)
- Cáncer de los anexos cutáneos
- Neoplasias cutáneas asociadas a SIDA
- Tumores Metastásicos (pulmón, mama, colon, Etc.)

CARCINOMA BASOCELULAR

De los tumores malignos de la piel este es el más frecuente y por fortuna el menos agresivo, pues rara vez da metástasis a menos que se asocie a un estado de inmunosupresión como el SIDA.

INCIDENCIA:

La mayoría de los pacientes pasan de los 40 años, los hombres son afectados más frecuentemente que las mujeres, es raro en los niños. Es más frecuente en individuos de tez blanca, la incidencia disminuye a medida que aumenta la pigmentación; es extremadamente raro en negros africanos. (2).

SIGNOS:

Esta neoplasia se localiza en dos terceras partes en zonas del cuerpo expuestas al sol y sobre todo en la cara, por arriba del surco nasogeniano y en relación con folículos pilosos, observándose inclusive en los párpados.

Desde el punto de vista clínico este tumor aparece como placa, un nódulo, una úlcera o una combinación de estas formas, de superficie rojiza, bien vascularizada, que llega a tener formación telangiectásica, los bordes de la úlcera son aperlados, a veces puede observarse translúcido o bien de color negro, por la presencia de grandes cantidades de melanina por lo que a veces es diagnosticado como Melanoma. (3) (7).

El carcinoma basocelular en una tercera parte de los casos se observa en áreas no expuestas al sol, y se ha descrito un síndrome hereditario de carcinomas basocelulares múltiples que empiezan a presentarse después de la pubertad, asociados a calcificación

extraesquelética, quistes odontogénicos lo que se conoce como Síndrome de Gorlin. (7).

HISTOPATOLOGIA:

El carcinoma basocelular muestra evidencia del origen de células basales de la epidermis o folículos pilosebáceos, caracterizados por la formación de cordones, nidos e islotes en la dermis, separados o unidos en la epidermis, donde por lo regular se observan dos tipos de células tumorales, unas periféricas formando empalizadas mas o menos uniformes y otras células centrales de límites celulares imprecisos, ambas mostrando basofilia marcada por la discariosis, pérdida de la relación núcleo citoplásmica e hipercromasia, con la presencia de escasas o frecuentes mitosis atípicas.

La clasificación se basa en la apariencia microscópica o a simple vista de la lesión en el enfermo, y la clasificación histológica se basa en el aspecto morfológico que proporciona el patrón de crecimiento, teniendo en primer lugar:

* CARCINOMA BASOCELULAR DE TIPO SOLIDO:

El cual en sus características puede ser indiferenciado o mostrar diferenciación de células basales y escamosas, recibiendo el nombre de metatípico o bien mostrar diferenciación epidermoide granulosa, sebácea.

* CARCINOMA BASOCELULAR ADENOIDEO:

Debido a la formación de cordones entrelazados y un estroma mixoide da el aspecto de estructuras glandulares de forma tubular pero realmente no son glándulas.

* CARCINOMA BASOCELULAR QUISTICO:

Resulta de la necrosis central de nidos sólidos formando microcavitaciones.

*** CARCINOMA BASOCELULAR CORNIFICANTE:**

Por su capacidad para producir queratina al parecer por diferenciación folicular; o bien que semeja un folículo piloso en fase telógena.

*** CARCINOMA BASOCELULAR TIPO MORFEA INFILTRANTE Y MICRONODULAR:**

Es variante del carcinoma difuso en el que se incluyen otras variantes, en las que hay diferenciación ecrina apócrina.

*** FIBROEPITELIOMA:**

Todos estos cánceres de células basales son agrupados en la forma "circunscrita" que se debe separar de la forma "difusa", que incluye el carcinoma basocelular superficial multicéntrico, equivocadamente se puede creer que son inocuos, pero no lo son, pues se han encontrado más evidencia de recurrencia en este tipo de variantes.

*** CARCINOMA BASOCELULAR FOLICULAR**

*** CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO**

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Lunares, molusco contagioso, verrugas, queratoacantoma, carcinoma escamocelular.

TRATAMIENTO:

Los métodos tradicionales de tratamiento incluyen el uso de criocirugía, radioterapia, electrodesecación, curetaje y escisión

simple. Cada uno de estos métodos es útil en situaciones clínicas específicas. Dependiendo de la selección de los casos, estos métodos tienen tasas de curación que van de un 85% a 95%. La cirugía micrográfica de Mosh, una técnica nueva de cirugía, tiene las tasas más altas de curación a 5 años para tratamiento quirúrgico tanto de tumores primarios (96%) como recidivantes (90%), este método emplea control microscópico para evaluar el grado de la invasión del tumor. (7) (15).

SEGUIMIENTO:

Después del tratamiento para carcinoma de células basales, el paciente deberá ser examinado clínicamente cada 6 meses durante 5 años. Posteriormente, el paciente deberá ser examinado para tumor recurrente o tumores primarios nuevos en intervalos anuales.

Se ha encontrado prospectivamente que 36% de los pacientes que desarrollan un carcinoma de células basales desarrollarán un segundo carcinoma primario de células basales dentro de los siguientes 5 años. (7).

CARCINOMA ESCAMOCELULAR

Este cáncer de la piel es menos frecuente que el carcinoma basocelular y está más relacionado con la exposición crónica al sol. En esta neoplasia se reporta más frecuentemente metástasis a ganglios linfáticos en un 3%, las cuales aumentan al 11% si el tumor tiene localización mucocutánea, y si aparece en zonas con procesos crónicos o degenerativos a un 10 a un 30%.

INCIDENCIA:

Es más frecuente después de los 55 años y es dos veces más frecuente en el hombre que en la mujer, más frecuente en individuos de piel blanca que viven en climas soleados; las personas de piel oscura son afectadas muy rara vez con excepción de las áreas menos pigmentada (plantas) o las mucosas. (2) (8).

SIGNOS:

Se han identificado lesiones previas a la malignidad representadas principalmente por la queratosis actínica con atrofia o sin ella, pero con la presencia de atipia nuclear en las células de la epidermis. La leucoplaquia y el cuerno cutáneo son términos clínicos, el primero en las mucosas y el segundo en la piel, histológicamente pueden presentar desde una simple hiperqueratosis, atipias severas y hasta un cáncer epidermoide. Con esto podemos dar cuenta de que este cáncer de la piel como muchos otros, no se origina de un día para otro, sino después de meses y años.

En la historia de cada caso en particular se puede identificar factores de riesgo como lo es el daño actínico que se caracteriza por pérdida y fragmentación de las fibras elásticas, pigmentación irregular, telangiectásicas y queratosis; muchos otros cánceres son asintomáticos aunque se pueden identificar molestias en la piel, sangrado fácil, insuficiente cicatrización, prurito o dolor; a la palpación se identificará una zona indurada, de una lesión en placa, ulcerada, costra o superficie verrucosa en aspecto de coliflor. (2) (3) (7).

SINTOMAS:

Generalmente es indoloro, las lesiones son sensibles al área de presión, en las mucosas, o cuando se hallan secundariamente infectadas, tienen tendencia al sangrado y el compromiso de las estructuras profundas puede ser doloroso.

LOCALIZACION:

Areas expuestas al sol y uniones mucocutaneas: cara (labio inferior, orejas, lengua, mejillas), dorso de las manos, antebrazos, cuero cabelludo, pezones, genitales.

HISTOPATOLOGIA:

Se caracteriza por la formación de láminas, cordones, nidos sólidos y partes córneas malignas; las células tumorales de estirpe pavimentosa presentan disqueratosis, discariosis, anaplasia, hipercromasia, mitosis atípicas y hasta puentes intercelulares; de acuerdo a estas características, desde 1932 Broders clasificó al cáncer epidermoide de la piel en cuatro grados (I bien diferenciado, II moderadamente diferenciado, III probablemente diferenciado, IV indiferenciado). (7) (16).

Hay tres tipos especiales de cáncer epidermoide de la piel: carcinoma de células fusiformes, carcinoma adenoescamoso y el carcinoma verrucoso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Queratoacantoma, carcinoma basocelular, melanoma amelanótico, verrugas, queratosis seborreica, queratosis actínica, chancro sifilítico.

TRATAMIENTO:

El carcinoma escamocelular localizado a la piel es una enfermedad sumamente curable. Los métodos tradicionales de tratamiento incluyen el uso de criocirugía, radioterapia, electrodesecación y curataje y escisión simple.

Cada uno de estos métodos puede ser útil en situaciones clínicas específicas. De todos los métodos de tratamiento disponibles, la

cirugía micrográfica de Mosh tiene la tasa de curación más alta a 5 años tanto para tumores primarios como para tumores recidivantes. Este método emplea control microscópico para evaluar el grado de invasión del tumor. Se indica efectuar una linfadenectomía cuando los ganglios linfáticos regionales están afectados. (6).

SEGUIMIENTO:

Ya que los carcinomas de células escamosas tienen un potencial metastásico definitivo, estos pacientes deberán ser examinados cada 3 meses durante los primeros años y luego seguidos indefinidamente a intervalos de 6 meses.

MELANOMA MALIGNO

Es una neoplasia relativamente frecuente cuya incidencia está aumentando, debido probablemente a la moda del bronceado (se cree que los rayos ultravioleta son importantes); las personas menos pigmentadas tienen mayor riesgo que las de la piel intensamente pigmentadas. La predisposición hereditaria (por ejemplo, el síndrome del nevus displásico) también aumenta el riesgo. (7) (2).

INCIDENCIA:

Es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres, puede aparecer en cualquier edad después de la pubertad, pero la mayoría de los casos ocurren entre las edades de 40 y 50 años; la incidencia no aumenta en el anciano. Es más frecuente en el embarazo, individuos de piel blanca excesivamente expuestos a la luz solar. El trauma es un factor precipitante en los individuos de la piel oscura. (2).

SIGNOS:

Lesiones maculopapulares, pruriginosas irregulares, con mayor frecuencia en piel, aunque en algunas ocasiones afectan mucosas, conjuntiva, órbita y lechos ungueales, e incluso esófago y leptomeninges.

Puede aparecer en la piel normal o en un lunar pre-existente, en este último caso los signos iniciales son: aumento de tamaño, aumento y extensión de la pigmentación, formación de costras o sangrado y aparición de un eritema alrededor del lunar. Una vez desarrollada la lesión aparece como un nódulo infiltrado, carmelito-grisoso, negro-azuloso o negro brillante que puede volverse papilar, fungoide o ulcerarse.

Las metástasis aparecen alrededor de la lesión primaria y en los nódulos linfáticos regionales que se hipertrofian y endurecen. Pueden ocurrir metástasis viscerales a través de la corriente sanguínea.

SINTOMAS:

Prurito ligero, escozor o sensación de tensión. Las lesiones ulceradas y subungueales son sensibles y dolorosas. En los casos avanzados ocurre la melanemia, melanuria y la caquexia.

HISTOPATOLOGIA:

Las células del melanoma son más grandes que las de los nevus, con núcleos irregulares y nucleolos-eosinófilos prominentes; crecen formando nidos sin las características típicas de la maduración.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Lunar celular pigmentado, especialmente aquellos con pelos impactados; queratosis seborréica pigmentada, células basales pigmentadas, hemangioma esclerosante, histiocitoma, sarcoma de Kaposi, granuloma piogénico.

TRATAMIENTO:

Excisión quirúrgica con un margen amplio es esencial. Los nódulos linfáticos afectados deben removerse. Para el melanoma subungueal debe efectuarse la amputación del dedo o el artejo y la disección de nódulos linfáticos.

Los casos avanzados pueden beneficiarse temporalmente de la vacunación con el BCG o interferón. (2) (6) (7).

LOCALIZACION:

Cabeza y cuello; extremidad inferior de las piernas, tronco, muslos, genitales. También afecta mucosas del ojo, vagina y ano.

ENFERMEDAD DE BOWEN O CANCER IN SITU

La enfermedad de Bowen es un carcinoma de células escamosas in situ que se manifiesta en la forma de placas con clara demarcación, con descamación y costras. El carcinoma de células escamosas in situ del pene de varones sin circuncisión progresa en la forma de placas de color rojo púrpura del glande y prepucio a la que se llama Eritoplastia de Queyrat; esta última y la enfermedad de Bowen son trastornos que pasan con facilidad por alto y

pueden enviar metástasis sino se diagnostican de manera oportuna. (22).

ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA Y EXTRAMAMARIA

Tumor maligno grave originado en los conductos galactóforos de mama y que afecta areola y pezón; en raras ocasiones es extramamario; se manifiesta por una placa ovalada y de aspecto eczematoso, bien limitada que ocasiona retracción de pezón y adenopatias axilares. (2) (7).

INCIDENCIA:

Representa 4.8 % de los tumores malignos de la mama. Predomina en la mujer, aparece entre la tercera y sexta década de la vida, con una edad promedio de 55 años.

SIGNOS:

Es un tumor generalmente unilateral; afecta areola y pezón, aunque puede verse en ciertas áreas extramamarias, como región anogenital y axila. Hay una placa eritematosa, ulcerada, con exudado seroso en su superficie, descamación, costras y telangiectasias, de forma ovalada o de contornos policíclicos que pueden desbordar la areola, con límites precisos, bordes elevados y firmes a la palpación. El pezón sufre aplanamiento, hundimiento y retracción. La lesión es asintomática o hay prurito leve o sensación de quemadura.

HISTOPATOLOGIA:

Se observa la epidermis con hiperqueratosis orto o paraqueratósica, acantosis, papilomatosis, después atrofia.

Las células de Paget son grandes, redondeadas, a veces deformadas, con protoplasma claro abundante y núcleos irregulares con nucleolos voluminosos; presentan mitosis abundantes, están aisladas o en grupos dentro de la epidermis, se tiñen bien con hematoxilina y eosina y son PAS positivas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Psoriasis, dermatitis por contacto, eccema del pezón, impétigo, adenomatosis erosiva del pezón, enfermedad de Bowen, melanoma amelánico, carcinoma baso-epinocelular.

TRATAMIENTO:

Mastectomía simple con radioterapia post-operatoria o mastectomía radical, electrodesecación o quimiocirugía de Mosh.

LINFOMA CUTANEO DE CELULAS T (MICOSIS FUNGOIDE Y SINDROME DE SEZARY)

MICOSIS FUNGOIDES:

INCIDENCIA:

Es la más frecuente de las hematodermias, predomina en varones; aparece de los 40 a los 60 años de edad, la supervivencia sin tratamiento es de 9 a los 10 años. Se diagnostica frecuentemente en pacientes que han presentado lesiones cutáneas crónicas que semejan eczema, neurodermatitis, psoriasis, parapsoriasis en placa o poikiloderma. (21).

SIGNOS:

Generalmente existen tres fases sucesivas, la enfermedad puede empezar por cualquiera de estas y existir sin pasar por las otras, o bien todas pueden aparecer en sucesión.

FASE INICIAL:

Es la premicótica, presentándose como una dermatitis no específica o parches eczematosos o parapsoriasis.

FASE INFILTRATIVA:

Las lesiones iniciales sufren infiltración desigual (la infiltración puede ser marcada en la periferia mientras que en el centro de la placa aparece ligeramente deprimido). Se forman placas extensas por confluencias presentando diseños caprichosos con bordes; islas de piel aparentemente normal dentro de las placas son definitivas.

FASE TUMORAL:

Tumores aparecen sobre las placas o sobre la piel normal. Son hemisféricos rojo-violáceo o carmelitos y varían en tamaño de 1-8 cm en diámetro. (6).

SINTOMAS:

El prurito es a menudo constante y severo. El paciente generalmente se siente bien hasta que la enfermedad alcanza un grado avanzado. Los síntomas sistémicos son generalmente tardíos y dependen del órgano afectado y enfermedades asociadas.

CURSO:

Las defensas del huésped pueden ser un factor importante en el curso de la enfermedad. El comienzo es insidioso, el curso es lento, crónico y progresivo. Una vez aparecen los tumores, a menos que se traten, la muerte ocurre en unos pocos años, sea por infección o

enfermedad intercurrente. La linfadenopatía generalmente indica pronóstico serio.

HISTOPATOLOGIA:

En la fase pre-micótica, aparecen los cambios específicos de una reacción inflamatoria. En fases posteriores, la infiltración dérmica es característica pleomórfica con histiocitosis, células reticulares inmaduras y figuras mitóticas. La presencia de microabscesos de Pautrier en la epidermis, junto con los cambios ya mencionados es diagnóstica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En la fase pre-micótica el diagnóstico es extremadamente difícil. Diferenciar de: Psoriasis, parapsoriasis en placa, pitiriasis rubra pilaris, prurigo. La aparición de lesiones infiltrativas y prurito severo es sugestiva. El diagnóstico se hace entonces histológicamente. Fase Tumoral: Enfermedad de Hodgkin, leucemia linfocítica y sarcoma reticulocelular, que son muy parecidos a micosis fungoides.

TRATAMIENTO:

No existe tratamiento curativo. En la fase inicial, el tratamiento es paliativo para controlar la irritación.

Los corticoides tópicos, la mostaza nitrogenada tópica y el tratamiento con luz ultravioleta pueden ser útiles en las fases iniciales.

La radioterapia en dosis fraccionadas suprimirá los nódulos y placas infiltradas. Los corticoides sistémicos, la radiación total con rayo electrónico son de utilidad en las erupciones extensas.

LOCALIZACION:

Los sitios preferidos son el tronco y las extremidades. Cualquier parte del cuerpo puede afectarse. En ocasiones las mucosas se hallan afectadas.

SINDROME DE SEZARY

Es una variedad leucemizada de micosis fungoide; se instala después de una etapa de placas o manchas eritematosas; se caracteriza por una eritrodermia generalizada pruriginosa con linfadenopatias, en menor proporción queratodermia palmoplantar, distrofias ungueales y alopecia.

Suele haber leucocitos anormales circulantes o en médula ósea (células de Sezary); son células mononucleares de núcleo grande y granulaciones citoplásmicas positivas al PAS. (2) (13).

DATOS HISTOPATOLOGICOS:

Infiltrado de células mononucleares en banda subepidérmica, microabsesos en epidermis y abundantes células mitóticas atípicas.

SARCOMA DE KAPOSI

El sarcoma de Kaposi es una enfermedad en la que se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos situados debajo de la piel o en las membranas mucosas que revisten la boca, la nariz y el ano.

INCIDENCIA:

Esta enfermedad tiene una distribución mundial con predominancia en Europa y Africa. Es aproximadamente diez veces más frecuente en hombres que en mujeres, algunos estudios sugieren que es más frecuente en judíos, razas mediterráneas y negros africanos; aparece generalmente después de los 40 años.

pero en la raza negra africana, los niños son afectados con frecuencia.

Con la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a comienzos de la década de los 80, los médicos empezaron a notar más casos de sarcoma de Kaposi en Africa y entre hombres homosexuales contagiados con el SIDA. El Sarcoma de Kaposi se disemina por lo general más rápidamente entre estos pacientes. (3) (7) (22).

SIGNOS:

Las lesiones iniciales son máculas y parches rojizos, negro-azulosos o violáceos que más adelante aumentan de espesor. Aparecen múltiples lesiones que usualmente confluyen para formar placas grandes sobre la piel aparentemente normal; pueden volverse verrugosas, fungosas o ulcerarse. Cuando afectan las piernas, pueden aparecer linfaedema marcado.

SINTOMAS:

Puede existir prurito y ardor; las placas y nódulos engrosados sobre áreas de presión pueden ser dolorosos. Cualquier órgano interno puede estar afectado y la enfermedad puede ser exclusivamente interna sin lesiones cutáneas.

Cuando los órganos internos están afectados, puede presentarse hemorragia oral o gastrointestinal, el compromiso visceral es común en niños africanos.

HISTOPATOLOGIA:

Las lesiones iniciales muestran inflamación crónica o reacción granulomatosa con numerosos vasos sanguíneos dilatados de la dermis. En las lesiones avanzadas, el cuadro histológico puede ser fibroblástico o angiomatoso o puede mostrar características de los dos. Pueden haber focos de necrosis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En las lesiones iniciales: granuloma piogénico, histiocitoma; lesiones tardías: linfomas malignos, sífilis, tuberculosis verrugosa.

TRATAMIENTO:

La radioterapia fraccional es localmente efectiva. Drogas citotóxicas pueden ser de utilidad. La quimioterapia para el sarcoma de Kaposi puede ser inyectada en la lesión (quimioterapia intralesional).

Otro tratamiento para el sarcoma de Kaposi es la terapia biológica, en la cual se trata de que el propio cuerpo combata el cáncer. En la terapia biológica se emplean materiales producidos por el propio cuerpo o fabricados en un laboratorio para impulsar, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad. La terapia biológica también se conoce como terapia modificadora de la respuesta biológica o inmunoterapia. (7) (21).

LOCALIZACION:

Extremidades, generalmente pies y tobillos; ocasionalmente en manos, orejas o nariz.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

A. Tipo de estudio:

Descriptivo - Retrospectivo

B. Selección del objeto del estudio:

Expedientes de los pacientes con Tumor Cutáneo Maligno, diagnosticados, manejados en INDERMA en el período de estudio.

C. Población:

Todos los registros clínicos de pacientes con diagnósticos de Tumor Cutáneo Maligno, incluidos en el período de estudio que son 230 casos.

D.1 Criterios de Inclusión:

Se incluyeron los expedientes de los pacientes sin tratamiento que fueron referidos de otros centros de atención con impresión clínica de Tumor Cutáneo Maligno al INDERMA durante los años de 1986 al 1996 y así mismo se incluirá a los pacientes ya descritos que fueron referidos del INDERMA a otros centros para completar su tratamiento, pero siempre y cuando su seguimiento sea en esta institución.

D.2 Criterios de Exclusión:

Se excluyeron a los pacientes que recibieron tratamiento inicial en otro centro que no fuera INDERMA, aunque su seguimiento sea en esta institución.

E. Variables:

VARIABLE:	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Frecuencia de casos	Número de veces que ocurre un fenómeno en una unidad de tiempo	Número de pacientes con Tumor Cutáneo Maligno en un período establecido (1986-1996)	Ordinal	No. de casos total y por año
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació	Cantidad de años cumplidos de los pacientes en la fecha de la primera consulta	Ordinal	años
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Lo referido en la historia clínica	Nominal	Masculino y Femenino
Ocupación	Trabajo que indica emplear el tiempo en alguna actividad	Lo referido en la historia clínica	Nominal	domésticos, ama de casa, agricultor estudiante, profesional, otro.
Estado Civil	Condición de persona en relación con derechos y obligaciones civiles	Lo referido en la historia clínica	Nominal	soltero, casado, viudo, unido, divorciado
Grupo Etnico	División taxonómica de la especie que distingue por un conjunto de caracteres genéticos transmitidos por herencia	Lo referido en la historia clínica	Nominal	indígena, ladina, otro
Lugar de Origen	País donde un individuo ha nacido o donde una familia proviene	Lo referido en la historia clínica	Nominal	País, departamento municipio, aldea.

VARIABLE:	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Antecedentes familiares	Hecho anterior en la familia, que sirve para juzgar hechos posteriores	Presencia de tumor cutáneo en los familiares del paciente	Nominal	no, si, quién
Métodos Diagnósticos	Precedimientos, exámenes o técnicas que se realizan para diferenciar una enfermedad de otra	Exámenes que se realizan en el paciente para confirmar la impresión clínica de ingreso	Nominal	biopsia, otro
Tratamiento	Asistencia y cuidados de un paciente con la finalidad de combatir las enfermedades o trastorno	Medidas terapéuticas para resolver el problema de base del paciente y sus complicaciones	Nominal	radioterapia criocirugía electrodesección y curetaje, excisión simple, combinación de dos
Diagnóstico Clínico	Juicio clínico emitido después de ser evaluado el paciente	Juicio clínico emitido después de ser evaluado el paciente, según el tipo de tumor, tomado del expediente clínico	Nominal	Ca Basocelular Ca Espinoelular Melanoma maligno Micosis fungoide otro
Diagnóstico Histológico	Diagnóstico basado en el estudio de las lesiones estructurales presentes	Diagnóstico basado en el estudio de lesiones estructurales presentes, reportadas en lo expedientes clínicos	Nominal	T. Epitelial T. Melanocítico T. Dérmico Linfomas, otro
Pronóstico	Proyección de los probables resultados finales del ataque de una enfermedad. Posibilidad de recuperación de un enfermedad a juzgar por la naturaleza y los síntomas del caso	Expectativa de vida, posibilidad de recuperación, recaída o muerte	Nominal	Curación completa Curación parcial Recidivas (a 1 año) (más de 1 año)

VARIABLE:	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Localización anatómica	Determinación del sitio de una lesión respecto al cuerpo humano	Región cutánea afectada tomada de los expediente	Nominal	Nariz, frente, orejas, párpados, labio superior, mejillas, tronco, extremidades inf., extremidades sup., otro.

F. RECURSOS

f.1 Materiales:

f.1.1 Económicos

Transporte, computadora, máquina de escribir eléctrica junto con su cintas, diskett, impresión y encuadernación

2 Cintas para máquina de escribir	Q. 57.00
Ciento de hojas Gilcres tamaño carta	Q. 45.00
Folders tamaño carta	Q. 9.00
Ganchos	Q. 2.10
Alquiler de computadora con Internet, más Impresión Q. 12.00 c/hora	Q. 72.00
Fotocopias hojas de recolección de información	Q. 46.00
Diskett	Q. 8.00
Impresión preliminar	Q. 244.00
Impresión de tesis	<u>Q. 800.00</u>
Total:	Q. 1,283.10

f.1.2 Físicos

- Biblioteca USAC
- Biblioteca INDERMA
- INCAN
- Expedientes clínicos del archivo de INDERMA.

f.2 Humanos

- Estudiante Investigador
- Personal del archivo de INDERMA
- Jefes y residentes de INDERMA

Pasos que se realizaron para la recolección de información

Se hizo y se llevó carta de autorización para realizar el estudio. La carta fue dirigida al doctor: CARLOS N. CORDERO (director) en el Instituto de Dermatología. Aprobada la carta, se extendió carta de autorización del uso del archivo, firmada por el director, luego se procedió a revisar las hojas del informe mensual de la consulta externa, anotando el número de las historias clínicas de los pacientes con Tumor Cutáneo Maligno vistos en el período de 1986 a 1996; con el número de las historias se solicitaron al archivo, posteriormente se obtuvo la información necesaria a través de la boleta de recolección de datos.

Con los datos obtenidos, se realizaron cuadros y gráficas, los cuales fueron la base para sacar conclusiones y recomendaciones sobre el tema desarrollado y de esta manera facilitar al lector la realidad de este problema.

Aspectos éticos de la investigación:

En el presente estudio retrospectivo no se tuvo relación personal con los pacientes, además, los datos recabados fueron manejados confidencialmente y utilizados únicamente con propósitos científicos.

CAPITULO VII

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS:

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA DE LOS TUMORES CUTANEOS MALIGNOS EN INDERMA

Fuente:

Historias clínicas de pacientes con TUMOR CUTANEO MALIGNO de 1986 - 1996 del INDERMA.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE
ASISTIERON A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Menor de 20 años	1	0.5
21 - 30 años	4	1.7
31 - 40 años	18	7.8
41 - 50 años	20	8.7
51 - 60 años	38	16.5
Mayor de 61 años	149	64.8
Total	230	100

En lo que a edad respecta, la bibliografía revisada menciona que los Tumores Cutáneos Malignos constituyen el cáncer más frecuente en adulto de edad avanzada; en este estudio, la mayor parte de dichos tumores se presentó en pacientes mayores de 61 años, esto principalmente es debido al mayor período de exposición al sol (daño actínico) y por la pérdida de soporte del tejido subcutáneo. (16).

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Femenino	135	58.7
Masculino	95	41.3
Total	230	100

En su mayoría fué el femenino. Según algunos estudios, el sexo más frecuente es el masculino, ya que en la mayoría de hogares es el hombre el que provee el sustento diario y lo hace mayormente en actividades al aire libre con exposición al sol, (14). Puede explicarse que la razón por la cual el mayor porcentaje fué en mujeres, es por que en su mayoría son amas de casa y disponen de tiempo para asistir a consulta regularmente y por consiguiente completar el tratamiento.

CUADRO No. 3

LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Capital	110	47.8
Jutiapa	26	11.3
Zacapa	16	6.9
El Progreso	10	4.3
Escuintla	9	3.9
Jalapa	8	3.5
Antigua Guatemala	7	3
Baja Verapaz	6	2.6
Santa Rosa	5	2.2
Suchitepequez	5	2.2
Sn. Juan Sacatepequez	5	2.2
San Marcos	4	1.7
Quiche	4	1.7
Chiquimula	3	1.3
Peten	3	1.3
Quetzaltenango	3	1.3
Izabal	2	0.9
Mazatenango	2	0.9
Chimaltenango	1	0.5
Villa Nueva	1	0.5
Total	230	100

Como puede observarse, el lugar de procedencia más frecuente fue el de la ciudad capital, probablemente por contar con servicios de salud más accesibles en comparación con los departamentos.

CUADRO No. 4

OCUPACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON A CONSULTA
EN INDERMA DE 1986 - 1996

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Ama de Casa	120	52.2
Agricultor	48	20.9
Oficios Domesticos	20	8.7
Comerciante	12	5.2
Chofer	6	2.5
Jornalero	5	2.2
Jubilado	3	1.3
Policia	3	1.3
Maestro	2	0.9
Albañil	2	0.9
No tiene ocupación	9	3.9
Total	230	100

En este estudio se encontró que referente a la ocupación, la mayoría corresponde a las amas de casa; esto puede explicarse debido a que en su mayoría fueron las mujeres quienes consultaron con más frecuencia, ya que según la literatura revisada es raro encontrar dichas patologías en amas de casa (21); sin embargo los empleados al aire libre (agricultores, comerciantes, chofer, jornalero, albañil, policía), constituyen en conjunto el 33%, lo cual también es confirmatorio de la bibliografía revisada, ya que la incidencia aumenta con la exposición crónica a la luz solar. (8) (10).

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ÉTNICO DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTÁNEO MALIGNO QUE ASISTIERON
A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

GRUPO ÉTNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Ladino	207	90
Indígena	23	10
Total	230	100

Puede observarse que la gran mayoría corresponde a ladinos; esto puede explicarse debido a que los ladinos en gran parte son de piel blanca y ojos claros, además provienen de regiones con clima cálido, (dos factores predisponentes a cáncer de piel) (12); mientras que los indígenas casi en su totalidad son de tez morena y provienen de tierras altas de clima frío, (esto no significa que el cáncer de piel no se presente en personas de tez morena o de los que provienen de clima frío, simplemente la incidencia es menor), (18).

CUADRO No. 6

ANTECEDENTES PERSONALES DERMATOLÓGICOS DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON
A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

ANTECEDENTES PERS. DERMATOLOGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si	7	3.1
No	223	96.9
Total	230	100

La mayoría de pacientes no presentaron antecedentes personales dermatológicos. Según la literatura revisada el factor más importante es la exposición prolongada a los rayos solares; son también factores de consideración los rayos x, el arsenicismo crónico, traumatismo y úlceras crónicas. (2)

CUADRO No. 7

METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON
A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

METODOS DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Biopsia	217	94.3
No se hizo Biopsia	13	5.7
Total	230	100

El único método diagnóstico utilizado, como puede observarse, fué la biopsia ya que se considera un método confiable y determinante, previo a instaurar el tratamiento definitivo.

CUADRO No. 8

DIAGNOSTICO CLINICO INSTAURADO EN LA PRIMERA CONSULTA A
 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO MALIGNO
 QUE ASISTIERON A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

DIAGNOSTICO CLINICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CA Basocelular	166	72.2
CA Espinocelular	53	23
Melanoma Maligno	6	2.6
Micosis Fungoides	5	2.2
Total	230	100

En cuanto al diagnóstico clínico, como puede observarse el más frecuente es el carcinoma basocelular en concordancia con la literatura revisada la cual refiere que este tumor maligno es el que con mayor frecuencia se observa, constituye el 50% de cáncer en Australia y el 24% de las dermatosis en México (2) (22).

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE PACIENTES A QUIENES SE LES TOMO BIOPSIA CON DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Tumores Epiteliales	172	74.8
Tumores Melanocíticos	3	1.3
Linfomas	5	2.2
Hiperqueratosis	10	4.3
Tumor Epidermoide	8	3.5
Enfermedad de Bowen	5	2.2
Verruga Vulgar	5	2.2
Erupción por Drogas	4	1.7
Lupus Eritematoso Discoide	1	0.4
Queratoacantoma	1	0.4
Tricofuliculoma	1	0.4
Granuloma Piogeno	1	0.4
Lentigo Maligno	1	0.4
No se hizo Biopsia	13	5.8
Total	230	100

Como pueden observarse, los resultados de patología dieron a conocer diversas entidades que aparentemente no tienen nada que ver con los Tumores Cutáneos Malignos; pero en realidad, físicamente las características de dichas patologías son muy parecidas a los signos observados en pacientes con Tumores Cutáneos Malignos; razón por la que se considera que los médicos deben tener una mayor preocupación a la hora de la evaluación clínica y emitir un diagnóstico.

CUADRO No. 10

DIAGNOSTICO CLINICO Y SU CONCORDANCIA CON EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO EN PACIENTES CON TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

DIAGNOSTICO CLINICO Y SU CONCORDANCIA CON EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Concordantes	180	78.3
Discordantes	37	16.1
No se realizó Biopsia	13	5.6
Total	230	100

Aunque el porcentaje de diagnósticos clínicos concordantes con diagnósticos histológicos es alto (este porcentaje sería mayor si se tomara en cuenta los 13 pacientes que no se practicó biopsia), se cree que puede ser más alto con una mayor preocupación en la evaluación clínica.

CUADRO No. 11

LOCALIZACION ANATOMICA AFECTADA A PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON A CONSULTA
EN INDERMA DE 1986 - 1996

LOCALIZACION ANATOMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Nariz	78	33.9
Mejillas	48	20.9
Frente	20	8.7
Párpados	15	6.5
Labios	10	4.3
Orejas	8	3.5
Tronco	6	2.6
Ext.Inferiores	5	2.2
Ext.Superiores	3	1.3
Otros	37	16.1
Total	230	100

En cuanto a la localización anatómica, se puede observar que la región mayormente afectada es la nariz, en concordancia con la bibliografía revisada, la cual describe que este tipo de neoplasias se localizan en dos terceras partes en zonas expuestas al sol y sobre todo en la cara, por arriba del surco nasogeniano. (14).

CUADRO No. 12

TRATAMIENTO PROPORCIONADO A PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO MALIGNO QUE ASISTIERON
A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Resección quirúrgica	102	44.3
Ref. INCAN	42	18.3
Criocirugía	23	10
Radioterapia	7	3
Combinación de 2 o más	5	2.2
Electrodeseccación y curetaje	4	1.7
Ref. H.R. Robles	2	0.9
Otros	3	1.3
No recibieron TX	42	18.3
Total	230	100

El principal atributo de una técnica terapéutica es la efectividad de resolución que ofrece al problema al proveer una curación completa de la enfermedad; de los tratamientos que se brindó a los pacientes tenemos que la resección quirúrgica fué la más frecuente; de los pacientes a quienes se les brindó esta técnica el 94.6% obtuvo curación completa del carcinoma ya que en los reportes de patología se informaron los bordes quirúrgicos libres de tumor; de los restantes el 3.2% presentó recidiva de la lesión previamente tratada a más de un año y el 2.2% a menos de un año. En cuanto al resto de tratamientos no se presentaron recidivas. Las referencias en su totalidad fueron 44 casos, esto es debido a que fueron casos muy avanzados, que además de necesitar resección quirúrgica necesitaron de radioterapia o quimioterapia; de los referidos, 2 presentaron tumores en el canto interno del ojo, razón por la cual fueron enviados al hospital Rofolfo Robles V.

CUADRO No. 13

PRONOSTICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUMOR CUTANEO
MALIGNO QUE ASISTIERON A CONSULTA EN INDERMA DE 1986 - 1996

PRONOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Curación completa	92	40
Curación parcial	47	20.4
Recidivas	5	2.2
Referidos	44	19.1
No recibieron tratamiento	42	18.3
Total	230	100

En cuanto al pronóstico, como puede observarse 92 pacientes presentaron curación completa hasta el momento, debido a un diagnóstico y tratamiento a tiempo, estos pacientes continúan con su seguimiento en INDERMA. La razón de que 47 pacientes obtuvieran curación parcial, es debida a que por diversas razones los pacientes no han sido constantes en sus citas siendo esto una limitante, tanto para su recuperación como para obtener información en cuanto al pronóstico; 42 pacientes abandonaron el tratamiento acudiendo generalmente solo a la primera consulta.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

1. En Guatemala, los Tumores Cutáneos Malignos, ocupan el segundo lugar dentro de las diez localizaciones más frecuentes de cáncer registradas; en este estudio, y en concordancia con la bibliografía revisada se confirmó, que el carcinoma basocelular fue el más frecuente, y la edad más común se encontró en pacientes mayores de 61 años , afectando con mayor frecuencia al sexo femenino, en relación con el masculino.
2. La exposición prolongada o la sobreexposición intermitente a la luz solar, es la causa primaria de los cánceres de piel.
3. Los Tumores Cutáneos Malignos, son patologías curables en nuestro país, siempre y cuando los afectados acepten el tratamiento que se les ofrece y lo continúen hasta que el problema haya resuelto en su totalidad.
4. Un mal pronóstico en los pacientes con Tumor Cutáneo Maligno, está basado en el rechazo y abandono del tratamiento, junto con una consulta tardía.
5. La elección del tratamiento depende del tipo de tumor, tamaño ubicación y diversos factores que puedan afectar la salud general del paciente.
6. El éxito o fracaso de cualquiera de las técnicas terapéuticas utilizadas en pacientes con Tumor Cutáneo Maligno, es dependiente del diagnóstico temprano y del seguimiento que se les da a estos.

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el plan educacional que se brinda a los pacientes, con la finalidad de que conozcan los daños que el sol provoca, para que se protejan adecuadamente y con ello se eviten las recidivas y/o el apareamiento de nuevos focos de carcinoma. Con la educación recibida, los pacientes tratados serán facilitadores de información y con esto se prevendrá la afección de familiares cercanos y se consultará tempranamente.
2. Concientizar a los médicos generales sobre la importancia de adquirir conocimientos sobre estas patologías, ya que un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son esenciales.
3. Promover campañas dermatológicas con el fin de brindar consultas a quienes lo necesiten y de esta manera ser facilitadores de información contribuyendo a la prevención de estas patologías.
4. Solicitar a las casas médicas que fabrican productos para la protección contra el sol, proporcionar a las farmacias estatales y a las de los centros de salud filtros solares, sea gratuitamente o bien con precios al alcance de todos.

CAPITULO X

RESUMEN

El presente es un estudio de tipo Retrospectivo - Descriptivo; se realizó en el INSTITUTO DE DERMATOLOGIA (INDERMA), durante los años de 1986 - 1996, teniendo como objetivo determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de TUMOR CUTANEO MALIGNO.

Se revisaron 232 historias clínicas de pacientes que correspondieron a casos nuevos durante el período descrito, de ellos se excluyeron dos, debido a que no cumplieron los requisitos establecidos. La edad más común fue en los mayores de 61 años, el sexo más afectado fue el femenino, el lugar de procedencia fue predominante en la capital. La ocupación más frecuente fue la de ama de casa y la mayoría de los casos correspondió a los ladinos. De los 230 casos el 96.9 % no presentaron antecedentes personales dermatológicos. El método diagnóstico más común que se utilizó para confirmar la impresión clínica, fue la Biopsia. El carcinoma basocelular fue el más frecuente con 72.2 %, de las biopsias realizadas, el 78.3% fueron concordantes con el diagnóstico clínico de primera consulta; la localización anatómica más frecuente fue la cara, predominando la nariz.

El tratamiento que se brindó a los pacientes se basó en la forma de presentación del tumor, sobresaliendo la resección quirúrgica, 42 casos fueron referidos al INCAN y 2 al Hospital Rodolfo Robles V.; 42 pacientes no recibieron tratamiento, ya que solo asistieron a la primera consulta. En cuanto al pronóstico 40% tuvo una curación completa y aun continúan su seguimiento en el Instituto.

CAPITULO XI

BIBLIOGRAFIA

1. Arellano Ocampo F. Dermatología Para El Estudiante, ediciones Año 2000 Puebla 1990.
2. Arenas R. Dermatología, Atlas Diagnóstico y Tratamiento, libros de Mc Graw - Hill, México 1987 Pag. 564 - 567.
3. A. A. V. V. MANUAL MERCK Editorial Doyma 8va. Edición Barcelona 1989 Pag. 2548 - 2553.
4. Basset Segwin N., Dereure O., Guillot B., Genetic Bases Of Cutaneous Tumors, Anndermatol - Venerol 1,995 122 (4) Pag. 217 - 225.
5. Bluefarb S., Dermatology A Scoope Publication The Upjoh Company Kalamazo, Michigan 1978.
6. Cáncer De Piel Correo electrónico Webmaster@noah.cuny.edu enero 1995.
7. Cáncer De Piel Cáncer Net 1993
8. Cordero F. Dermatología Médico Quirúrgica 4ta. Edición, impresión Impcolor, Guatemala C.A. 1976 Tomo II Pag. 563-569.
9. Contran R.S. Kumar Y Robbins S. Patología Estructural Y Funcional 4ta. Edición, editorial Mc Graw - Hill Interamericana de España, S.A. 1990 Pag. 1356-1358.

10. Factores que afectan el desarrollo de Cáncer Enciclopedia Microsoft ®, Encarta ® 98, © 1993 - 1997 Microsoft Corporation.
11. Fawcett D., Tratado de Histología 11ª. Edición Interamericana McGraw - Hill, México 1989.
12. Ferrandiz C., Clinical Atlas of Dermatology Sponsoring Editor Linda Miller
13. Fitzpatrick E, Wolff Freedberg A, Dermatología en Medicina General Texto y Atlas 3ra. Edición Editorial Panamericana, Buenos Aires 1987
14. Hernández Pérez E. Clínica Dermatológica 3ra. Edición DCA editores San Salvador 1987 Pag. 523 - 529.
15. Innerman S., Scanlon E, F, Chirst M Recurrient Squamos Cell Carcinoma of the Skin 1983. Cáncer 51 (8): 1537-1540.
16. Lever W.F. Schaumburg - Lever G, Histopatología of the Skin, 6ª. Edición New York JB Lippincott 1983. Pag. 553 - 551.
17. Liga Nacional contra el Cáncer Guatemala Registro Nacional del Cáncer Boletines # 17 y 18, 1991 - 1992 Guatemala julio 1995.
18. Piel, Enciclopedia Microsoft ® Encarta ® 98, © 1993 - 1997 Microsoft Corporation.
19. Sabiston D, Tratado de Patología Quirúrgica, Editorial Mc. Graw Hill 13ª. Edición. México 1988, Pag. Tomo I 534 - 541, Tomo II 1598 - 1611.
20. Tumor, Enciclopedia Microsoft ® Encarta ® 98 © 1993 - 1997 Microsoft Corporation.
21. Wagner R. F. Lowitz B.B, Casciato D.A, SKIN CANCER In: Casciato D.A, Lowitz BB eds, Manual of Clinical Oncology.

CAPITULO XII

ANEXOS

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA DE LOS TUMORES
CUTANEOS MALIGNOS EN INDERMA (1986 - 1996)

de Historia Clínica: _____

1. Edad: menor de 20 años 21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años
51 a 60 años mayor de 61 años
2. Sexo: Femenino Masculino
3. Lugar de Procedencia: _____
4. Ocupación: Domésticos Ama de casa Agricultor Estudiante
Profesional Otros
5. Grupo Etnico: Ladina Indígena Otros _____
6. Antecedentes Personales Dermatológicos: Si No
7. Métodos Diagnósticos Biopsia Otros _____
8. Diagnostico Clínico Carcinoma Basocelular Carcinoma Espinoceleular
Melanoma Maligno Micosis Fungoide Otros _____
9. Diagnostico Histológico Tumor Epitelial Tumor Melanocítico
Tumor Dérmico Linfomas Otros _____
10. Localización Anatómica Nariz Frense Párpados Orejas
Labios Mejillas Tronco
Extremidades: Superiores Inferiores Otros _____
11. Tratamiento: Radioterapia Criocirujia Resección Quirúrgica
Electrodesección y curetaje Cirugía micrográfica de mohr
Combinación de dos o más Otros _____
12. Pronostico: Curación Completa Curación Parcial
Recidiva: A un año Mas de un año