

CANCER DE LA PIEL ESTUDIO ANALITICO DE 120 CASOS

Juan Godayol Rovira *

José María Rodríguez **

I INTRODUCCION

El presente trabajo se efectúa a consecuencia de haber tratado en el Hospital Centro Médico de Caracas un caso de carcinoma epidermoide que estaba ubicado en una cicatriz queiloidea a consecuencia de una quemadura recibida durante la Guerra Civil Española, o sea, 35 años antes. Dicha lesión tenía unos 25 cms. de diámetro y estaba situada sobre la piel de la región glútea derecha. En la bibliografía nacional consultada no se encontró carcinoma epidermoide de la piel tan extenso. (6-10-14-17).

Esto motivó a efectuar un estudio analítico de las lesiones malignas de la piel en nuestro medio y analizar comparativamente los resultados con las encuestas extranjeras, para lo cual se escogieron al azar 119 historias clínicas del Hospital Universitario de Caracas, con el diagnóstico comprobado histológicamente de cáncer de la piel y ellas fueron estudiadas analíticamente con nuestro caso privado ya señalado, completando así nuestra casuística de 120 casos.

Lo interesante, frecuente y realmente poco conocido de esta patología, como los audaces tratamientos efectuados por galenos no especializados quienes practican escisiones muy limitadas de piel en su propio consultorio, así como lamentablemente algunos dermatólogos que tienden a electrofulgurar cualquier lesión de piel sin preocuparse, en el imprescindible axioma, de que toda lesión de piel debe ser biopsiada; así como también muchos cirujanos plásticos que extirpan lesiones de piel con gran preocupación del resultado estético pero con muy poco cuidado con respecto al resultado curativo de lesiones que escapan a su clínica y que pueden ser malignas, no recordando que aunque el resultado estético de una cicatriz es importante, mucho más importante es la curabilidad de una lesión maligna de piel; es preferible, tener una cicatriz no tan bella y

* Médico cirujano del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.
Profesor de Cirugía de la Cátedra de Cirugía "C" de la Universidad Central de Venezuela.

** Médico Cirujano del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

sin células malignas en un intersticio que una invisible herida cicatrizada que al poco tiempo recidive localmente por haber dejado in situ tumor al no querer hacer escisiones amplias que nos aseguraran una curación definitiva.

Como hemos visto, estos resultados deficientes a lo largo de nuestra experiencia y hemos observado también que prácticamente un tercio de los pacientes que han sido tratados por alguna lesión tumoral maligna de la piel, han recidivado en el transcurso del año siguiente a su tratamiento, siendo luego, sumamente difícil la curabilidad con los tratamientos efectuados a posteriori cuando el paciente ya ha presentado recidivas locales o metastásicas a distancia.

Todo lo antes señalado nos ha preocupado e interesado, y nos ha llevado a escribir el presente trabajo para lanzar humildemente un alerta a todos los médicos que de alguna manera y en algún momento de su carrera profesional han visto o verán lesiones de piel, y de este modo despertar su interés en el estudio de estos tumores y tener así mismo un mayor cuidado en su tratamiento, logrando solamente de este modo mejorar el pronóstico.

II MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente trabajo se revisaron 120 historias clínicas con el diagnóstico comprobado histológicamente de neoplasias malignas de la piel; 119 historias pertenecientes al Hospital Clínico Universitario de Caracas y una de nuestra clientela privada del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, la cual motivó el presente trabajo.

Se realizó un análisis estadístico de las lesiones malignas de la piel, tomando como parámetros: edad, sexo, frecuencia, localizaciones, raza, síntomas, tratamiento, histología, pronóstico y llegamos finalmente a las conclusiones.

1. EDAD.

La mayor parte de las estadísticas admiten una mayor frecuencia del cáncer de la piel alrededor del sexto decenio de la vida, nuestras cifras corroboran esta generalidad ya que encontramos aproximadamente el 50% de dichas lesiones entre los 61 y 70 años.

CANCER DE PIEL

EDAD

Edad (Años)	No. de Casos	%
20 — 30	5	4,16
31 — 40	10	8,33
41 — 50	24	20,00
51 — 60	26	21,66
61 — 70	55	45,83
TOTAL	120	100,00

2. SEXO

También en este parámetro estamos en las mismas cifras de porcentaje con respecto a las estadísticas internacionales, ya que en nuestro medio corresponde al sexo masculino el 63% de los cánceres de la piel.

CANCER DE LA PIEL

SEXO

	Casos	%
Masculino	76	63,33
Femenino	44	36,66
TOTAL	120	100,00

3. RAZA.

Respecto a la raza, tenemos que más del 50% de los casos corresponden a la raza blanca, menos de la cuarta parte correspondió a la raza negra, pero si tenemos en cuenta todavía el hecho lamentable de que encontramos una cuarta parte de las historias clínicas que no especificaban este dato deberíamos razonar: 1º) que no podemos hacer un análisis correcto respecto a este parámetro en nuestro país y 2º) que posiblemente la incidencia en la raza blanca aumentaría, como ocurre en los países donde la mezcla de razas o los negros tienen un porcentaje menor respecto a esa población, ya que como dice Ackerman, "el cáncer de la piel es propio de la raza blanca". (1).

CANCER DE LA PIEL

RAZA

	Casos	%
Blanca	65	54,16
Negra	26	21,66
S/E	29	24,16
TOTAL	120	100,00

4. EVOLUCION DE LA LESION.

Encontramos más de un tercio de los pacientes que presentaron la lesión cancerosa de la piel en un plazo comprendido entre 1 y 12 meses de evolución. El resto que corresponde al 56% de los casos, presentó la lesión entre 1 y 20 años de un modo indiferente y el paciente que motivó este trabajo acusó el

inicio de su enfermedad 35 años antes. De manera que la evolución de las lesiones malignas de la piel es muy variable, puede ser rápida o durar años, influyendo posiblemente por esta causa en el pronóstico.

CANCER DE LA PIEL
EVOLUCION DE LA LESION

	Casos	%
1 a 12 meses	47	39,16
1 a 20 años	67	55,83
S/E	6	5,00
TOTAL	120	100,00

5. LOCALIZACION.

Respecto a este parámetro también estamos comparativamente en las mismas proporciones que en los otros países; en nuestro medio casi la mitad de las lesiones malignas de la piel estaban ubicadas en la cara, principalmente en los pómulos, arcos superciliares, nariz y orejas. Sin embargo, encontramos un porcentaje también muy alto en los miembros inferiores correspondiéndole un tercio de las localizaciones.

CANCER DE LA PIEL
LOCALIZACIONES

	Casos	%
Cara	55	45,83
Miembros Inferiores	38	31,66
Inguinal	6	5,00
Ano	4	3,33
Tórax	2	1,66
Mano	2	1,66
Glúteo	2	1,66
Pene	1	0,83
Otros	10	8,33
TOTAL	120	100,00

6. CLINICA.

Referente a la clínica podemos decir que casi tres cuartas partes de los pacientes consultaron por presentar una úlcera en la piel y en un menor porcentaje por presentar un tumor en la piel; los demás síntomas son de menor importancia, de ahí la gravedad de tratar empíricamente las lesiones ulcerativas de la piel como si se tratara de procesos banales.

Sin embargo, el cáncer de la piel desarrollado en un queloide, en nuestro medio correspondió solo al 5% de todos los cánceres de la piel, no teniendo por lo tanto en nuestro país la importancia de la malignización en los queloides que nos dicen otras publicaciones extranjeras.

CANCER DE LA PIEL

CLINICA

	Casos	%
Úlcera	61	58,09
Tumor	45	42,85
Dolor	18	17,14
Sangramiento	12	11,42
Prurito	8	7,61
Infección	25	23,80
Queloides	5	5,71

7. TRATAMIENTO.

El 73% de los pacientes fueron tratados mediante extirpación quirúrgica y biopsias de lesiones, los casos que fueron tratados con otros procedimientos se debió a presentar lesiones en estados muy avanzados, por lo cual se consideraron irreseccables. El 38% de nuestros casos fueron irradiados en algún momento de su tratamiento ya sea de una manera inicial o completando la exéresis y el 8% recibieron quimioterapia adyuvante.

Quisieramos hacer un paréntesis respecto al tratamiento, ya que posiblemente la causa del mal pronóstico de los casos tratados se deba a que a pesar de que las lesiones eran avanzadas se utilizó en muy pocos casos la terapia adyuvante con radioterapia y quimioterapia; estamos absolutamente convencidos de que utilizarlas pronta y adecuadamente mejoraran las estadísticas.

Estamos completamente de acuerdo con las bibliografías extranjeras de que todo paciente que presente un tumor de la piel, debe ser extirpado quirúrgicamente en toda su extensión dejando márgenes libres de tumor alrededor de la lesión y en los planos más profundos, tomando biopsias extemporáneas para confirmarlo. En caso de duda deberá extirparse más ampliamente y si el resultado

de la biopsia llega posteriormente, debe reintervenirse el paciente, dejando los otros procedimientos como complementarios a la exéresis.

CANCER DE LA PIEL

TRATAMIENTO

	Casos	%
Exéresis	88	73,33
Radioterapia	46	38,33
Vaciamiento	17	14,16
Quimioterapia	9	7,50

8. ANATOMIA PATOLOGICA.

En nuestro medio el carcinoma epidermoide es sin duda alguna el que se encuentra con mayor frecuencia; ocupó el 47% de todos los cánceres de la piel, seguido del 34% del carcinoma basocelular, de ahí, posiblemente, una de las causas del mal pronóstico de las neoplasias malignas de la piel en nuestra estadística; analizamos ampliamente este dato en las conclusiones, parte IV de este trabajo. Es interesante observar que solo encontramos un 10% de melanomas en nuestra casuística, que aunque es cierto ocupó el tercer lugar, está proporcionalmente por debajo de la incidencia en otros países; las otras lesiones tumorales no tuvieron significación estadística

CANCER DE LA PIEL

ANATOMIA PATOLOGICA

	Casos	%
Carcinoma Epidermoide	57	47,50
Carcinoma Basocelular	41	34,16
Melanomas	13	10,83
Rabdomiosarcoma	2	1,66
Dermatofibrosarcoma	2	1,66
Mesenquinoma Maligno	1	0,83
Sarcoma	1	0,83
ADC MT Ovario	1	0,83
ADC MT Recto	1	0,83
Carcinoma Indiferenciado	1	0,83
TOTAL	120	100,00

9. PRONOSTICO.

Realmente en nuestro análisis de 120 casos de cáncer de la piel, podemos decir que el pronóstico fue realmente malo, ya que encontramos libre de tumor, al año de tratado, solo el 4% de los casos y a los 10 años, solo el 1,6% de los pacientes no presentaron tumor.

CANCER DE LA PIEL EVOLUCION AL TRATAMIENTO

Años	Libre de Tumor Casos	%
0 — 1	5	4,16
2 — 3	14	11,66
4 — 5	10	8,33
6 — 7	0	0
8 — 9	1	0,83
10 y más	2	1,66
TOTAL	32	

Encontramos también la elevada cifra del 30% de pacientes que presentaron recidiva tumoral dentro de los primeros 12 meses que precedieron al tratamiento. De manera pues que observamos en nuestro análisis que 32 pacientes de los 120 estaban libres de tumor en áreas comprendidas entre 1 y 10 años; vemos que presentaron alguna recidiva en ese mismo período de tiempo 45 de los casos, lo que sumados nos dan un control de 77 de los 120 pacientes, lo que corresponde a un porcentaje de un 65% de pacientes controlados efectuando un simple análisis matemático veremos como 43 pacientes del grupo, lo que corresponde a la grave cifra porcentual de 35% de los casos, no volvieron a controlarse.

CANCER DE LA PIEL EVOLUCION AL TRATAMIENTO

Años	Recidiva Casos	%
0 — 1	35	29,16
2 — 3	7	5,83
4 — 5	1	0,83
6 — 7	2	1,66
8 — 9	0	0
10 y más	0	0
TOTAL	45	

SIN CONTROL 43 PACIENTES QUE CORRESPONDE AL 35%.

De modo que podemos considerar: 1) que posiblemente debido a lo prolongado del tiempo de evolución de las lesiones de la piel, ya que el 55% de los casos tuvieron lesiones que iban de 1 a 20 años; 2) que debido a un probable mal criterio o técnica del tratamiento; y 3) debido a una deficiente preparación cultural de los pacientes, ya sea por acudir tan tardíamente al tratamiento o por no regresar a controles sucesivos, ya que encontramos que el 35% de los pacientes no regresan a control después del tratamiento y desconocemos, lamentablemente, su evolución. Todos estos puntos asociados a la alta incidencia de carcinomas epidermoides son en conjunto las causas de un índice tan bajo de curabilidad. Por lo tanto, creemos que cuando en nuestro medio el paciente acuda prontamente a la consulta del especialista ante cualquier lesión de la piel, que éste practique exéresis amplias de inmediato, junto con la biopsia de la lesión, asociado a controles sucesivos de los pacientes, nuestra estadística mejorará notablemente.

III CONCLUSIONES

Después del análisis detallado de las 120 historias de pacientes con cáncer de la piel, de las que hemos hecho mención en este estudio podemos darnos cuenta que en nuestro medio, las lesiones de la piel deberán hacernos sospechar malignidad y ponernos sobre aviso cuando veamos éstas en un paciente mayormente del sexo masculino, entrando en el sexto decenio de su vida, de raza blanca preferentemente, que presenta una lesión en la cara o extremidades de varios años de evolución con las características de ser una ulceración y que podrá ser posiblemente un carcinoma epidermoide.

Queremos hacer hincapié en que estas lesiones fueron encontradas en 119 historias clínicas del Hospital Clínico Universitario de Caracas, que las obtuvimos al azar y sin hacer ninguna diferenciación histológica, y una de nuestra clientela privada del Hospital Privado Centro Médico de Caracas; previo análisis, hemos podido observar que en nuestra casuística de estos 120 casos, 57 correspondieron a carcinomas epidermoides y solo 34 casos a carcinomas basocelulares; habiendo una notable diferencia con respecto a las cifras internacionales; sin embargo, recalcamos y queremos hacer precisar que éstas fueron estadísticas de pacientes que presentaron cáncer de la piel diagnosticado histológicamente y que acudieron a nuestro hospital con lesiones que siempre fueron avanzadas. Creemos que en nuestro medio, los pacientes no consultan a los hospitales con lesiones de piel sino cuando éstas son muy avanzadas y con procesos de ulceraciones sangrantes, no dándole importancia a ningún otro tipo de lesión epidérmica, a menos que provoquen un síntoma para ellos importante.

Otro razonamiento que hemos efectuado es que las lesiones correspondientes a carcinomas basocelulares son extirpadas por el médico general en su consulta privada o en medio ambulatorios por los dermatólogos, no acudiendo a los hospitales sino aquellos casos en los cuales la lesión es importante, muy avanzada y los médicos generales, así como los dermatólogos y cirujanos plásticos no se atrevieron a extirpar desde el punto de vista local; por lo tanto, es razonable que acudan a nuestro hospital solo aquellos casos avanzados que no han recibido tratamiento en los consultorios, debido precisamente a su gravedad y a su estado avanzado, correspondiendo por lo tanto a este grupo los tumores más agresivos como son los carcinomas espinocelulares. De ahí que hagamos

este razonamiento y por eso estamos convencidos que en nuestro medio hospitalario vemos muchos más carcinomas epidermoides espinocelulares que basocelulares, diferenciándonos de otras publicaciones de otros autores.

Recordemos que debemos siempre tratar todas estas lesiones malignas de piel mediante exéresis amplia e indefectiblemente debemos hacer biopsias definitivas parafinadas de dichas lesiones; empleando siempre la quimioterapia y radioterapia adyuvante en los casos avanzados. Debemos preocuparnos por el alto número de recidivas y educar al paciente para que vuelva a controlarse; bajar este triste índice del 35% de pacientes incontrolados y solamente así mejoraremos nuestro índice de curabilidad.

CANCER DE LA PIEL

CONCLUSIONES

A. Edad	45%	60 a 70 años
B. Sexo	63%	Masculino
C. Raza	54%	Blanca
D. Evolución Lesión	55%	de 1 a 20 años
E. Clínica	60%	Por úlcera
F. Localización	45%	Cara
G. Anatomía Patológica	47%	Carcinoma Epidermoide
	34%	Carcinoma Basocelular
	11%	Melanomas
	8%	Otros Cáncer de la Piel
H. Tratamiento	73%	Exénerisis
	46%	Quimioterapia + Radioterapia Adyuvantes
I. Evolución Tratamiento	30%	Recidiva antes del año
J. Sin Control	35%	

IV BIBLIOGRAFIA

- 1 ACKERMAN, L. V. Surgical Pathology. S. T. Louis. The C. V. Mosby Co. 1954.
- 2 ALLEN, ARTHUR C.- The Skin. S. T. Louis. The C. V. Mosby Co. 1954.
- 3 ANDERSON, W. A. D.- Tratado de Patología. 3ra. edición. Editorial Inter-Médica, S. A. Buenos Aires, Argentina. 1962.
- 4 BUSCHKE, F. and PARKER, R. G.- Radiation Terapy in cancer managenent. Grune & Straton, New York. 1972.
- 5 CANCER AL DIA.- Editorial Cromotip. Caracas, Venezuela. I:583. 1975.

- 6 DIAZ, JOSE DAVID.- Cáncer de la piel en la península de Paraguaná. Bol. Soc. Ven. Cir. 27:196. 1973.
- 7 EASSON, E. C. and RUSSEL, M. H.- The curability of cancer in various sites. Pitman Medical. London. 1968.
- 8 ELLIS, R.- Relationship of Biological effect to dose. Time fraction factors in radiotherapy, in current topics in radiation research. IV. 1968.
- 9 GRASES, PEDRO.- et. al. Patología quirúrgica, aspectos prácticos. "Piel, partes blandas y ganglios linfáticos". :1-5. 1981.
- 10 HERNANDEZ H., CARLOS.- Cáncer de colon, recto y ano. Bol. Soc. Ven. Cir. 27:169. 1973.
- 11 HOLLAND, J.- Cancer Medicine Melanoma. XXIX:1823. 1974.
- 12 ONCOLOGIA CLINICA.- Editorial Científico-Médica. Barcelona. España. :127. 1978.
- 13 RUBIN, P.- Current concepts in cancer. Cancer of the head and neck. Jama. 221:68. 1972.
- 14 SCANNONE, F. y KARDEL VEGAS.- Estudio clínico histopatológico de carcinomas de la piel. Rev. Soc. Med. Arg. 73:401 a 409. 1959.
- 15 SHACKELFORD, R.- Enfermedades de la piel de interés quirúrgico. III:1563. 1971.
- 16 STERMS, N. W., Jr. and QUAN, S. H.- Epidermoid carcinoma of the ano-rectum, Surg. Gynecol. Obstet. 131:953. 1970.
- 17 VERA, R. y RODRIGUEZ DE LIMA, A.- Tratamiento de queloides con radioterapia a dosis masiva. Hospital Universitario de Caracas. II:6. Mayo, 1970.
- 18 VERONESI, V. et. al.- Inefficacy of immediate node dissection in stage I melanoma of the Limbs. N. Engl. J. Med. :297. 1977.
- 19 WALTER F., LEVER.- Histopathology of the skin. Tumours epidermal appendages. :498. 1975.
- 20 WILLINS, R. A.- Pathology of tumours. Ed. 2. S. T. Louis. The C. V. Mosby Co 1953.