

Jornada de prevención y detección de cáncer de piel en personas mayores de 18 años. Medellín, mayo de 2005. Universidad CES

Detection and prevention of skin cancer in persons older than 18 years.
Medellín, May 2005. Universidad CES

JUAN CARLOS RESTREPO VÉLEZ¹, ÁNGELA ZULUAGA DE CADENA¹, FRANCISCO LUIS OCHOA J², SOL BEATRIZ JIMÉNEZ¹, OLGA LUCIA CASTAÑO¹, CLAUDIA URIBE³, LAUREANO OSORIO¹, GUILLERMO JIMÉNEZ¹, MARÍA ESTELA MANTILLA¹, LUIS FERNANDO ARROYAVE¹, CAROLINA VELÁSQUEZ¹, ANA CATALINA RAMÍREZ¹, OLGA LUCIA FORERO¹

Forma de citar: Restrepo JC, Zuluaga A, Ochoa FL, Jiménez SB, Castaño OL, Uribe C, et al. Jornada de prevención y detección de cáncer de piel en personas mayores de 18 años. Medellín, mayo de 2005. Universidad CES Rev CES Med 2009, 23(1):93-101

RESUMEN.

El cáncer de piel es el más frecuente en el ser humano y es el responsable de la mitad de todas las neoplasias malignas en Estados Unidos. La incidencia total de todos estos tumores en Colombia no se conoce ya que no se lleva un registro adecuado y los datos disponibles de otros países no serían aplicables al nuestro, debido a la ubicación geográfica con una gran influencia de la luz ultravioleta, principal factor implicado en las neoplasias cutáneas. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), que incluye el carcinoma escamocelular (SCC) y el basocelular (BCC) constituye aproximadamente el 80 % de todos los cánceres de la piel. El melanoma maligno (MM), aunque menos frecuente, pone en peligro la vida del paciente y de su detección temprana depende la sobrevida. Se realizó una campaña de detección de cáncer de piel, buscando conocer qué tipo de carcinomas de piel y otras lesiones relacionadas con el sol se presentan en la ciudad, buscando además educar a los

¹ Especialista en Dermatología, profesor Universidad CES

² Mg Epidemiología. Grupo Observatorio de la Salud Pública. Universidad CES

³ Especialista en Dermatología, Jefe de Dermatología CES

Recibido: febrero 13 de 2009. Revisado: mayo 10 de 2009. Aceptado: mayo 19 de 2009

pacientes sobre los peligros del sol y la importancia de la consulta temprana al dermatólogo. Por diferentes medios de comunicación se invitó a las personas mayores de 18 años que presentaran lesiones ásperas, úlceras cutáneas que no sanaran o con lesiones pigmentadas que hubieran cambiado de color o tamaño, a la consulta realizada por los dermatólogos y residentes de dermatología de la Universidad CES. En los 736 voluntarios que participaron en la campaña, se encontraron 58 carcinomas basocelulares, 10 escamocelulares, 6 melanomas, 101 lesiones premalignas (queratosis actínicas y nevus atípicos) y 145 lesiones que tenían alguna relación con la luz ultravioleta. La radiación solar es un factor muy importante en la etiopatogenia de las neoplasias de piel y nuestra población, ubicada en el trópico, recibe sol durante todo el año. Aunque los estudios de tamizaje de piel no sirven para estudiar prevalencia e incidencia de cáncer, sí dan una idea de lo frecuentes que son las enfermedades relacionadas con la radiación solar y ponen sobre alerta de la importancia de la detección temprana y prevención del las condiciones premalignas y malignas de la piel.

PALABRAS CLAVE

Tamizaje
Neoplasia cutánea
Colombia
Seguridad social

ABSTRACT

Skin cancer is the most common cancer in humans. It's responsible for half of all the malignant neoplasm in the United States of America and by the year 2008 more than a million cases will be diagnosed. The true incidence of these tumors is unknown in Colombia due to the subregistry of patients with the condition and that data from other countries does not apply to our own, due to the geographical difference, with greater ultraviolet light exposure in this region, which is the mayor risk factor for

this type of tumors. Of skin cancer, the non melanoma, which includes the squamous cell carcinoma and the basal cell carcinoma constitute 80 % of all tumors. Malignant melanoma is less frequent and imposes high risk of death if not detected in an early stage. This was the reason for doing a campaign for the prevention and detection of skin cancer searching for the types of skin tumors and other related sun lesions detected in our city. Also education was given to patients about the dangers of the sun and the importance of early consultation. To accomplish this task, people greater than 18 years of age, with rough lesions, cutaneous ulcers that had not healed, or pigmented lesions that changed color o size, where invited through the media to a free consult with dermatologist and dermatology residents form CES University. In the 736 volunteers that participated in the campaign there where 58 basal cell carcinoma, 10 squamous cell carcinoma, 6 melanomas, 101 premalignant lesions (Actinic Keratosis and atypical nevus), and 145 lesions related to sun exposure. Incidence of skin cancer in Colombia is not known, the solar radiation is a very important factor in the skin neoplasms pathogenesis and our population, living in the tropics, receives sun all the year. Although studies of screening for skin cancer don't help to study prevalence and incidence of cancer, they give an idea of how frequent are the morbidities related to solar radiation and put on alert about the importance of early detection and prevention of premalignant conditions and malignant skin.

KEY WORDS

Screening
Skin neoplasm
Colombia
Social Security

INTRODUCCIÓN

El cáncer (CA) de piel es el más frecuentemente diagnosticado y su incidencia va en aumento a nivel

mundial (1,2). Entre los tipos de cáncer cutáneo mas frecuentes están el carcinoma basocelular (CBC), el escamocelular (CSC) y el melanoma maligno (MM).

El CBC es una neoplasia maligna derivada de células no queratinizadas que se originan en la capa basal de la epidermis; puede ser localmente invasivo aunque las metástasis a distancia son raras (3). Es el cáncer más común en humanos y se estima que en Estados Unidos se detectan aproximadamente 900 mil casos nuevos por año. Es más frecuente en pacientes ancianos, pero su incidencia se ha elevado en individuos menores de 50 años. Los hombres están ligeramente más afectados que las mujeres. Representa aproximadamente el 80 % de todo el CA de piel no melanoma. Se desarrolla en piel expuesta al sol, particularmente en la nariz donde ocurren el 30 % de los casos. Su principal factor de riesgo es la exposición a la luz ultravioleta (LUV), particularmente UVB. Otros factores de riesgo son el color claro de la piel y el pelo, ascendencia del norte de Europa e incapacidad para broncearse. Los subtipos de CBC mas frecuentes son: nodular, pigmentado, morfeiforme, superficial y fibroepitelioma de Pinkus (3).

El **CSC** es un tumor maligno derivado de los queratinocitos supra basales. A diferencia de el CBC que aparece como una lesión de novo, el CSC en la mayoría de casos es derivado de una lesión precursora como una queratosis actínica o la enfermedad de Bowen. Su incidencia exacta no se conoce debido a que no es documentado por el Instituto Nacional de Cáncer de los EE.UU (2). Es dos veces mas frecuente en hombres que en mujeres y es responsable de un gran número de muertes, debidas a su alta tasa de metástasis locales y a distancia. Es más frecuente en ancianos y la exposición a la luz ultravioleta es el factor de riesgo mas evidente; otros factores de riesgo son: lesiones precursoras, radiación ionizante, carcinógenos ambientales, inmunosupresión, cicatrices y algunas enfermedades de base, papilomavirus humanos,

genodermatosis y alteraciones en oncogenes y genes supresores de tumores. Puede comprometer tanto piel como membranas mucosas y puede dar metástasis locales y a distancia (4).

El **MM** es un tumor que resulta de la transformación maligna de los melanocitos, células encargadas de producir la melanina, sustancia que da el pigmento a la piel. Representa el 5 % de todos los CA en hombres y el 4 % en mujeres. Su incidencia va en aumento en las últimas décadas y cada año se incrementan en 3 a 8 % los diagnósticos de casos nuevos a nivel mundial. Es un tumor con una alta tasa de metástasis cercanas y a distancia. Entre los factores de riesgo más importantes están: exposición solar, fenotipo, reacción de la piel a la luz del sol, ocupación y estatus social, melanoma familiar, numero de lesiones melanocíticas, género y factores hormonales (5,6).

Hay cuatro tipo de lesiones clínicas: melanoma de extensión superficial (70 %) melanoma nodular (15 %), melanoma lentiginoso acral (10 %) y melanoma lentigo maligno (5 %), cada una de las cuales es fácil de diferenciar entre sí. En el año 2002 en EEUU, el número de muertes atribuidas a este tipo de neoplasia fue de 7 400 pacientes (2).

En EEUU, la Academia Americana de Dermatología viene desarrollando intensos programas de tamizaje de cáncer de piel desde 1985 basados en dos frentes: el primero es el examen físico visual realizado por un experto y el segundo enfocado en información al paciente sobre los factores de riesgo y la consulta temprana (7,8).

No existe un consenso sobre cada cuánto deba hacerse el tamizaje de cáncer de piel y las recomendaciones varían en las diferentes organizaciones internacionales (5). La Sociedad Americana de Cáncer recomienda la evaluación anual de la piel expuesta para adultos de 40 años en adelante. La Sociedad Americana de Dermatología y el CDC de Atlanta recomiendan que

el médico examine áreas de piel expuesta siempre que se tenga oportunidad (6).

Por ser neoplasias externas su detección es mas sencilla que en otros tumores y su hallazgo temprano en el caso de melanoma puede mejorar la sobrevida del paciente, en alrededor de 5 años (9,10). Los otros tumores aunque no tienen una mortalidad tan elevada son de fácil reconocimiento por el médico dermatólogo.

Un estudio previo de tipo descriptivo de corte transversal realizado en Medellín en el año 2000 fue realizado con el objetivo de estimar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas en la población que consultó a una entidad de salud entre los meses de mayo y junio. De 407 pacientes estudiados, se encontraron 65 lesiones sospechosas (16 %), de las cuales el diagnóstico mas frecuente fue queratosis actínica en 28 pacientes (49,1 %), seguido por CBC en 10 pacientes (17,5 %). La frecuencia de lesiones premalignas y malignas confirmadas fue de 8,8%, que corresponde a 36 pacientes, 27 de los cuales tuvieron lesiones premalignas y 9 lesiones malignas (11).

La campaña de prevención en cáncer de piel fue realizada con los siguientes objetivos: evaluar piel expuesta en pacientes adultos voluntarios en busca de lesiones compatibles con cáncer cutáneo, lesiones pre malignas y lesiones relacionadas con la exposición solar; dar información y educación sobre factores de riesgo, protección y prevención de las diferentes enfermedades producidas o foto agravadas; hacer un diagnóstico temprano de neoplasias cutáneas malignas y lesiones pre malignas y, promover la consulta oportuna al dermatólogo.

MÉTODOS

Se realizó una convocatoria por diferentes medios de comunicación así como en los diferentes sitios de práctica de dermatología de la universidad CES; invitando a personas mayores de 18 años que voluntariamente quisieran ser evaluados de forma

gratuita por el dermatólogo o que desearan información adicional sobre factores de riesgo, protección y detección temprana de cáncer de piel.

La campaña se desarrolló durante un día en dos localidades de la ciudad: la clínica CES ubicada en zona central y el CES de Sabaneta, ubicado en la zona sur del valle de Aburrá. Antes de iniciar el proceso, el paciente firmaba un consentimiento informado, donde se explicaba qué se le iba a realizar, con qué fin y en donde el paciente corroboraba su voluntariedad y su aceptación de consultar a una entidad prestadora de salud, si resultaba con lesiones sospechosas.

Ocho dermatólogos y cuatro residentes de dermatología del CES evaluaron la piel expuesta en los pacientes que asistieron, en busca de lesiones malignas, premalignas u otras lesiones. Se hizo un reporte que incluía: nombre del paciente, teléfono, edad, entidad prestadora de salud (EPS) e impresión diagnóstica.

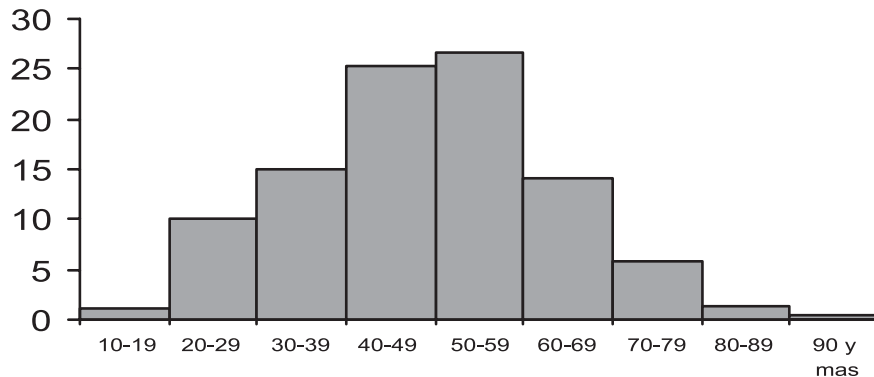
Se le daban instrucciones precisas sobre cuál era el diagnóstico, se le instruía en cuál era el paso a seguir y en los casos que requerían atención rápida, se les dio una remisión a los que tenían EPS. A los pacientes que lo desearan o que no tuvieran seguro médico se les ofreció la confirmación diagnóstica y el tratamiento a bajo costo, en el servicio de dermatología del CES. Además se entregó un folleto educativo que informaba sobre factores de riesgo, reconocimiento temprano del cambio de una lesión benigna a maligna y las normas de prevención de las mismas. Hubo registro fotográfico tanto de la campaña, como de algunas enfermedades que, a criterio del dermatólogo, era importante conservar. Se contó con la participación de algunos laboratorios farmacéuticos del país quienes patrocinaron la campaña y obsequiaron a los pacientes muestras de protectores solares.

RESULTADOS

En total, se examinaron 742 pacientes, de los cuales 6 por ser menores de edad se excluyeron de este

estudio. De los 736 pacientes incluidos, 514 eran mujeres (69,8 %) y 222 hombres (30,1 %) con edades comprendidas entre los 18 y 96 años. En la

gráfica 1 se muestra la distribución por edades de los pacientes evaluados. En su mayoría fueron pacientes entre los 40 a 70 años (68 %).



Gráfica 1. EDAD DE LOS PACIENTES QUE ASISTIERON A LA JORNADA

En el cuadro 1 se aprecian los diferentes hallazgos encontrados en la campaña. de las personas que asistieron, 74 tenían lesiones malignas (10,0 %), 101 (13,7 %) lesiones premalignas, y 145 (19,7 %) lesiones relacionadas con el sol, lo cual significa que el 43,7 % de la población que acudió al examen tenía alguna lesión cutánea. Las lesiones premalignas encontradas fueron: queratosis actínicas y nevus atípicos. Entre las enfermedades relacionadas con el sol pero no premalignas ni malignas estaban: fotoenvejecimiento, fotosensibilidad, léntigos solares, leucopatía actínica, pitiriasis alba, fitofotodermatitis, melasma, efélides, lupus subagudo y quemadura solar. Todas las otras enfermedades encontradas (N=416, 56,42 %) se registraron en la tabla como otros diagnósticos.

El CBC fue el tumor maligno más frecuente (58 casos que representaron el 7,88 %) y en la población evaluada se presentó en una edad más temprana en las mujeres que en los hombres, a diferencia de las enfermedades pre malignas que se presentan a edad más temprana en hombres. Hubo más casos

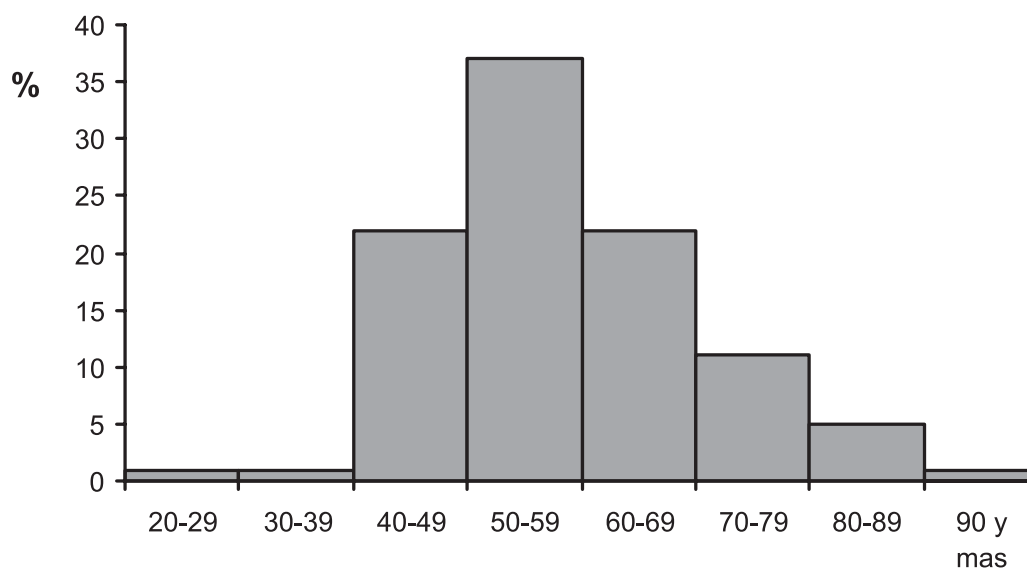
de CSC en hombres que en mujeres. Sólo se encontró un caso de melanoma en hombres y 5 casos de melanoma en mujeres.

En la gráfica 2 se aprecia una distribución por edad de los pacientes que tenían neoplasias en piel. Las edades donde la incidencia fue más elevada fueron en el rango de 50-59 años (35,1 %), seguidas por 60-69 años (25,7 %). Todos los pacientes diagnosticados con melanoma eran mayores de 40 años. Los pacientes en el rango de 50-59 años (37,6 %) fueron los más afectados por lesiones precancerosas. Las enfermedades relacionadas con el sol no malignas se presentaron con mayor frecuencia en personas con edades comprendidas entre los 40 y 49 años (34,5 %).

Se encontraron otros tipos de cáncer no relacionados con el sol entre los que cabe destacar dos pacientes con linfoma cutáneo de células T (micosis fungoide) y un paciente con sarcoma de Kaposi.

Cuadro 1. ENFERMEDADES CUTÁNEAS ENCONTRADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EDAD Y SEXO

Diagnóstico	#	%	Mujeres		Hombres		Edad Mujeres	Mediana	Edad Hombres	Mediana
			#	%	#	%				
CBC	58	7,88	37	63,7	21	36,2	24-93	55	41-81	60
CSC	10	1,35	4	40	6	60	55-80	69	52-73	66
Melanoma	6	0,81	5	83,3	1	16,6	41-57	49	63	63
Pre malignas	101	13,72	57	56,4	44	43,5	55-80	69	52-73	60
Relacionada al sol no CA	145	19,7	124	85,5	21	14,48	19-89	47	19-69	47
Otros Dx	379	51,4	263	69,3	116	30,6	...	...	...	...
Sanos	37	5,02	24	64,8	13	35,1	...	...	...	...
Total	736	100	514		222		...	...	...	...



Gráfica 2. EDAD DE LOS PACIENTES CON LESIONES CUTÁNEAS MALIGNAS

De los 736 pacientes incluidos, 671 (91,17 %) tenían EPS o seguro médico y por tanto acceso al dermatólogo.

La imagen 1 corresponde al sitio de tamizaje en CES del municipio de Sabaneta y la 2 al examen físico realizado por una de las dermatólogas a una paciente.

Las imágenes 3 a 5 corresponden a tres pacientes evaluados en la campaña de tamizaje a quienes se les hizo el diagnóstico presuntivo de CBC en la cara.

Finalmente, las imágenes 6 y 7 corresponden a 2 pacientes de sexo femenino, de piel blanca, con diagnóstico clínico de léntigo maligno en cara



Imagen 1. Sitio de evaluación



Imagen 2. Examen clínico



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5

Imagen 3,4 y 5. Tres pacientes con diagnóstico presuntivo de CBC



Imagen 6



Imagen 7

Imagen 6 y 7 Léntigo maligno en cara

DISCUSIÓN

Por la experiencia con los programas de tamizaje que se han realizado en EEUU desde 1985, se han establecido cuales son los grupos demográficos y

los pacientes con un riesgo elevado de padecer melanoma (7). A su vez, estos programas han servido para establecer un estimativo sobre otros tipos de cáncer de piel y comprobar el bajo acceso de los pacientes al dermatólogo. Todo encaminado a reducir la morbilidad asociada. En nuestro

país no se lleva un registro de cuáles son los tipos de CA cutáneo más frecuentes y se desconoce qué grupos de edades son los mas afectados y el acceso que tienen a un servicio dermatológico.

Encontramos que el tumor más frecuente en la población evaluada fue el carcinoma basocelular, lo cual está de acuerdo con lo reportado en la literatura (3). Además se aprecia que esta enfermedad, cada vez más frecuente en personas jóvenes, tuvo una mayor incidencia en mujeres, lo cual se ha visto en algunos estudios (13). Las lesiones premalignas, se presentaron a una edad más temprana en hombres, lo mismo que el CSC. Lo cual puede estar relacionado con la exposición a la radiación ultravioleta por actividad laboral del género masculino en nuestro país.

Los pacientes con edades entre 50-59 años fueron los mas afectados por lesiones malignas y premalignas, probablemente por el efecto acumulativo del sol sobre la piel, hallazgo que coincide con lo reportado en otros estudios (2).

Aunque seis casos de melanoma (0,81 %) no es un número muy alto en valor absoluto, las características clínicas eran de lesiones avanzadas lo cual hace que el pronóstico sea sombrío. Siendo el melanoma un cáncer de alta morbi-mortalidad, preocupa el hecho de que pacientes no hayan tenido acceso a un diagnóstico y manejo temprano. A pesar de que en países subdesarrollados gran parte de la población no tiene acceso a consulta por medicina especializada, llama la atención el alto número de pacientes con algún tipo de seguro médico que tendrían acceso, al menos al médico general. Éste es quien, en primera instancia, debería reconocer las lesiones pre malignas y malignas de piel. En nuestro país un gran número de pacientes no tienen el privilegio de una consulta con el dermatólogo y si los médicos generales no están entrenados para diagnosticar, ni los pacientes para consultar tempranamente, la enfermedad habrá avanzado en el momento de consulta, con mayor morbi mortalidad y menor esperanza de vida.

En nuestro estudio no exploramos los conocimientos y prácticas de los pacientes en cuanto a la exposición y protección solar, como principal factor implicado en el cáncer cutáneo. Sería importante planear otros estudios para conocer estos aspectos de nuestra población y con ellos generar programas de promoción y prevención.

Los programas de tamizaje de cáncer de piel son programas educacionales que comenzaron en los Estados Unidos desde 1985 con el apoyo de la Academia Americana de Dermatología (8), en casi todos los estados de la Unión y se han extendido a otros países, llevando un mensaje acerca de la importancia de la protección solar, la prevención y la detección temprana de lesiones pre malignas y malignas de piel, a ciudadanos con un acceso sub-óptimo al cuidado del dermatólogo.

Es muy importante continuar este tipo de campañas con una mayor difusión, no solo a nivel local sino nacional, para hacer conciente a la población de la importancia del examen temprano y periódico de la piel por el dermatólogo, hacer conocer los riesgos del sol y el uso preventivo de antisolares

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubin A.I. Basal Cell Carcinoma. N Engl J of Medicine 2005;353:2262-2269.
2. Jemal A, Murray T, Samuels A. Cancer statistics, 2003. CA Cancer J Clin 2003;53:5-26.
3. Carrucci JA, Leffell DJ. Basal Cell Carcinoma. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Seventh edition. Mc Graw Hill, New York 2008: 1036-1041.
4. Grossman D, Leffell DJ. Squamous Cell Carcinoma. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Seventh edition. Mc Graw Hill, New York 2008: 1028-1035
5. Paek SC, Sober AJ, Tsao H, Mihm MC, Johnson TM. Cutaneous melanoma. In Fitzpatrick's

- Dermatology in General Medicine. Seventh edition. Mc Graw Hill, New York 2008: 1134-1152.
6. Golberg MS, Doucette JT, Lim HW, Spencer J, Carucci JA, Rigel DS. Risk factors for presumptive melanoma in skin cancer screening program experience 2001-2005. J Am Acad Dermatol 2007;57:60-66.
 7. Geller AC, Zhung Z, Sober AJ, Halpern AC, Weinstock NA, Daniels S, Miller DR, Demierre MF, Brooks DF, Gilchrest BA. The first 15 years of the American Academy of Dermatology Skin cancer Screening Programs. 1985-1999. J Am Acad Dermatol. 2003;48:34-41.
 8. Linden KG. Screening and early detection of skin cancer. Curr Oncol Rep. 2004 Nov; 6(6):491-6.
 9. Geller AC, Swetter SM, Brooks F, Demierre MF, Yaroeh AI. Screening, early detection and trends for melanoma: current satatus (2000-2006) and future directions. J Am Acad Dermatol 2007;57:555-572.
 10. Friedman RJ, Rigel DS, Silverman MK. Malignant melanoma in 1990: the continued importante of early detection and the role of physician examination and self examination of the skin. CA Cancer J Clin 1991;41:201-26.
 11. González M, Lotero C, Quiroz L. Conocimientos y prácticas frente a la exposición solar y tamizaje de cáncer de piel en usuarios de una institución prestadora de salud de Antioquia, mayo – junio de 2000. Revista Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica 2000;9:487-495.
 12. Alan S Boyd. Basal cell carcinoma in young women: An evaluation of the association of tanning bed use and smoking. J Am Academy Dermatol 2002;46:706-709.

