

# Caracterización de la población con carcinoma basocelular en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

*Characteristics of patients with basal cell carcinoma in Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta*

JOHN NOVA<sup>1</sup>, ANGÉLICA PATIÑO<sup>2</sup>, ANDRÉS GONZÁLEZ<sup>2</sup>

Forma de citar: Nova J, Patiño A, González A. Caracterización de la población con carcinoma basocelular en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Rev CES Med 2014; 28(2): 177-184

## RESUMEN

**I**ntroducción: el cáncer de piel no melanoma es el tumor maligno más frecuente en el humano. De éstos, el 80 % corresponde a carcinomas basocelulares.

**Objetivo:** caracterizar la población de los pacientes con carcinoma basocelular que consultaron al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

**Métodos:** estudio descriptivo de todos los casos confirmados histológicamente de carcinoma basocelular en un periodo de tres años. Se obtuvo información acerca de las características socio-demográficas, subtipos clínicos e histológicos y los tiempos transcurridos desde la detección de la lesión por parte del paciente y la confirmación histológica del tumor, hasta la fecha de realización del tratamiento.

<sup>1</sup> Dermatólogo, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. johnnovavilla@yahoo.com

<sup>2</sup> Residentes Dermatología, Universidad CES- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

**Recibido en:** marzo 28 de 2014. **Revisado en:** julio 17 de 2014. **Aceptado en:** julio 28 de 2014.



**Resultados:** el estudio incluyó un total de 769 casos de carcinoma basocelular. El 75 % de los tumores se localizaron en la cara, el cuello y la piel cabelluda. El subtipo clínico e histológico más frecuente fue el nodular (67 % y 57 %, respectivamente), los subtipos histológicos mixtos fueron el 28%, y de estos el 75% correspondían a histologías de alto riesgo de recidiva tumoral. El tiempo transcurrido entre la detección de la lesión por parte del paciente y la consulta por primera vez a un servicio de salud fue de 28 meses. El tiempo transcurrido entre la toma de la biopsia y el tratamiento definitivo fue de un mes. Dentro de los tratamientos sugeridos, el más frecuente fue la cirugía convencional (89 %), seguida de la cirugía micrográfica de Mohs (7 %).

**Conclusiones:** el subtipo clínico e histológico de carcinoma basocelular más frecuente fue el nodular. La mayoría de subtipos histológicos mixtos eran de alto riesgo para recidiva tumoral, lo cual refuerza la importancia de una buena aproximación clínica y la toma de biopsia antes de elegir el tratamiento del tumor. Los pacientes con carcinomas basocelular tienden a consultar tardíamente a su servicio de salud, lo que retarda el diagnóstico y el tratamiento.

## PALABRAS CLAVE

Neoplasias cutáneas  
Carcinoma basocelular  
Colombia

## ABSTRACT

**Introduction:** non melanoma skin cancer is the most frequent malignant tumor in humans, 80% of these tumors are basal cell carcinomas (BCC).

**Objective:** To characterize the population of patients with BCC, who consulted at Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta in a time lapse of 3 years.

**Methods:** we performed a descriptive study of all the BCC cases confirmed by biopsy, within a

3 years period. Information was obtained related to the socio-demographic characteristics, clinical and histological subtypes, and the time elapsed since the patient's detection of their lesion and histological confirmation of the tumor, until the definitive treatment was performed.

**Results:** A total of 769 BCC cases were included in the study, 75% of the lesions were located on the face, neck and scalp. The most frequent clinical and histological subtype was nodular BCC (67 and 57% respectively), mixed histological subtypes were seen in 28% of the cases, 75% of them showed high risk features of tumor relapse. The time elapsed between the detection of the lesion by the patient and the first time consultation to a health service was 28 months. The time elapsed between the biopsy and the definitive treatment was 1 month. The most frequent treatment was conventional surgery (89%) followed by Mohs micrographic surgery (7%).

**Conclusions:** The most frequent clinical and histological subtype was nodular BCC, mixed histological subtypes showed high risk features of tumor relapse in more than 50%, this confirms the importance to suspect a BCC and take a skin biopsy before treat the tumor. BCC patients tend to consult late to health services, with the consequent delay in the diagnosis and treatment.

## KEY WORDS

Cutaneous neoplasms  
Basal cell carcinoma  
Colombia

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente en el humano (1). La incidencia de este tumor ha venido aumentando en las últimas décadas, especialmente en Australia y en países de Europa y Norte América (2-4).

Aunque es un tumor muy frecuente, a diferencia de otros tumores malignos no es de notificación obligatoria, lo que dificulta la estimación exacta del problema en términos de incidencia (1). En Latinoamérica el problema de la información en cáncer de piel es aún mayor y la información disponible en la región proviene principalmente de hospitales de referencia y no de datos poblacionales (5).

En Colombia también se ha reportado un aumento en la frecuencia de casos de esta neoplasia en los últimos años (6). En el *Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta* (CFDLLA), centro de referencia en dermatología en Colombia, se encontró que la incidencia de CBC se había duplicado, pasando de 4 por 1 000 consultas en el 2003 a 11 por 1 000 consultas en el 2011 (7).

Se conoce que la causa principal de este tumor es la radiación ultravioleta (RUV) (8-10); sin embargo, la interacción luz y piel es compleja y depende de las horas de exposición solar (presentándose el mayor daño entre las 10 a.m. y las 3 p.m.), el fototipo (pieles claras), el uso de elementos de protección solar, entre otros. Se sabe también que a mayor altitud y menor latitud aumenta la intensidad y el daño de la RUV (11). Por lo anterior, se podría considerar que la población colombiana, por su geografía y su mestizaje (que incluye una gran parte de la población con fototipos claros), tendría mayor riesgo de desarrollar CBC.

El CBC es un tumor que rara vez hace metástasis y en la gran mayoría de los casos no produce muertes (12). Sin embargo, teniendo en cuenta que su localización más frecuente es la cara, este tumor puede generar alteraciones funcionales y afectar la calidad de vida. Las secuelas funcionales y estéticas se pueden minimizar si la lesión es detectada tempranamente: por ejemplo, un CBC nodular de 2 mm localizado en la mejilla requerirá un tratamiento destructivo con una cicatriz posterior de 10 mm; por el contrario, un CBC nodular de 12 mm localizado en el mismo sitio requerirá tratamiento quirúrgico con

un margen mínimo de 6 mm y un defecto posterior de 24 mm (13).

Se hace entonces prioritario desarrollar investigaciones que permitan caracterizar la población, identificar las posibles causas del aumento de la incidencia de este tumor y establecer cuánto tiempo tarda el paciente en consultar una vez detecta la lesión. El objetivo de este estudio fue caracterizar la población de los pacientes con carcinoma basocelular que consultaron al *Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta* en un periodo de tres años.

## **MÉTODOS**

Se hizo un estudio descriptivo, tomando todos los casos confirmados de CBC diagnosticados en el *Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta* en los últimos tres años. Para ello se identificaron en el sistema de historias clínicas los pacientes con diagnósticos confirmados nuevos de CBC. La recolección de los datos se hizo de manera retrospectiva revisando cada una de las historias clínicas y los reportes de patología, los cuales confirmaban histológicamente el diagnóstico.

Se obtuvo información acerca de las características sociodemográficas (sexo, edad), características clínicas, localización anatómica del tumor, subtipos clínicos y subtipos histológicos. También se recolectó información con respecto al tiempo transcurrido desde que el paciente notó la lesión tumoral hasta que se realizó el tratamiento definitivo de la misma. Para ello se establecieron las siguientes definiciones:

*Tiempo de evolución:* meses transcurridos entre la detección de la lesión por parte del paciente y la consulta por primera vez a un servicio de salud. Esta información era suministrada por el paciente y tomada de los registros de la historia clínica.

*Tiempo para la confirmación del diagnóstico:* tiempo transcurrido en meses, desde la primera con-

sulta con el dermatólogo, hasta la confirmación histológica.

*Tiempo para la resolución de la enfermedad:* tiempo transcurrido en meses, desde la confirmación histopatológica hasta la resolución del tumor (resección quirúrgica o tratamiento no quirúrgico).

Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias absolutas y relativas y en el caso de las variables continuas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Algunos de los datos se presentan por medio de cuadros. El trabajo siguió los lineamientos legales para la investigación en Colombia y fue aprobado por el comité de ética en investigación del CDFLLA.

## **RESULTADOS**

El estudio incluyó un total de 769 tumores, los cuales se presentaron en 697 pacientes. El 91% de los pacientes presentaron un único CBC, 56 pacientes (7,46%) presentaron dos tumores, 6 pacientes (0,86%) presentaban tres tumores y tres pacientes (0,43%) cuatro CBC. El 59 % de los casos fueron mujeres y en los tres años estudiados siempre hubo un predominio del sexo femenino (56, 63 y 59%).

La edad promedio fue de 66 años, el paciente más joven tenía 30 años y el de mayor edad 90. La distribución por rangos de edad fue: 0 a 50 años (15%), 51 a 70 años (43%) y mayores de 70 años (42%).

La mayoría de los tumores se caracterizaron por ser brillantes, violáceos o pigmentados, con antecedente de ulceración y sangrado (cuadros 1 y 2).

Con respecto a la localización anatómica del tumor, el 25% se localizaron en el tronco, las extremidades y los genitales, el 75 % restante se localizaron en la cara, el cuello y la piel cabelluda. De estos últimos, el 50 % se localizaron en la nariz, el 29 % en las mejillas y el 15 % en la frente.

**Cuadro 1.** Color de la lesión tumoral

Color	%
Brillante	32,4
Eritematoso o violáceo	24,4
Pigmentado (marrón oscuro o negro)	19,0
Eucrómico	7,9
Amarillo	1,0
Otro	0,4
Sin dato	13,8

**Cuadro 2.** Otras características clínicas del tumor

Característica clínica	%
Sangrado	39,1
Ulceración	45,9
Atrofia	10,1
Nódulo	4,1
Cicatriz	0,8

Con respecto a los subtipo clínicos, los más frecuentes fueron nodular 67 % (472/702), morfeiforme (15 %) y superficial (3 %). En el 11 % de los casos no se especificó un subtipo clínico.

Dentro de los subtipos histológicos, el nodular fue el más frecuente con el 57 % (394/692), seguido del mixto 28 %, el superficial 4 % y el trabecular 3 %. Dentro de los carcinomas basocelulares mixtos, los componentes más frecuentes fueron el nodular y el infiltrativo (cuadro 3).

**Cuadro 3.** Subtipos histológicos mixtos (n=302)

Subtipo histológico	%
Nodular e infiltrativo	39
Nodular y micronodular	23
Nodular y superficial	10
Micronodular y trabecular	8
Nodular y morfeiforme	5
Otros	15
Total	100

Los periodos de tiempo transcurridos entre la detección de la lesión por parte del paciente y la consulta por primera vez a un servicio de salud, así como los tiempos para confirmar el diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento se presentan en el cuadro 4. Estos datos corresponden úni-

camente a los casos diagnosticados en el año 2012 (227 pacientes). La información del tiempo para la resolución de la enfermedad corresponde sólo a los pacientes que se hicieron el tratamiento en el CDFLLA.

**Cuadro 4.** Tiempos de evolución del tumor\*

Periodo estudiado	Media	Mediana
Tiempo de evolución	28	12
Tiempo para la confirmación del diagnóstico	13	2
Tiempo para la resolución de la enfermedad	2,3	1

\*En meses

En el 90% de los casos se tomó la biopsia en la institución. Dentro de los tratamientos sugeridos, el más frecuente fue la cirugía convencional (89 %), seguida de la cirugía micrográfica de Mohs (7 %). El 30 % de los pacientes fueron tratados en el CDFLLA, y de estos al 90 % se les hizo cirugía convencional.

## DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular está relacionado con la exposición a la radiación ultravioleta, y, a diferencia del carcinoma escamocelular, que en general se asocia con una exposición solar continua, en el caso del CBC la exposición solar intermitente parece ser importante (14). Dentro de esta exposición intermitente se ha identificado que las quemaduras solares en la infancia son un factor de riesgo muy importante para desarrollar CBC (10,15,16), por lo tanto las campañas de prevención deben incluir intervenciones en la población infantil.

En el caso del presente estudio la edad promedio de los pacientes fue de 66 años, acorde a lo descrito en la literatura (edad de presentación hacia la sexta década de la vida) (14). Aunque la mayoría de estudios reportan un predominio

por el sexo masculino (1), en nuestro trabajo, al igual que en un estudio mexicano (17), la entidad predominó en el sexo femenino en todos los años estudiados. Las posibles explicaciones a este hallazgo podrían ser una mayor consulta al médico por parte de las mujeres o una mayor expectativa de vida para el sexo femenino, que en el caso de Colombia corresponde a 77 años comparada con 71 para los hombres (18); sin embargo, estas son solo hipótesis que no pueden comprobarse con el presente trabajo.

La presentación del CBC varía, clasificándose de acuerdo a sus características clínicas en nodular, superficial y morfeiforme (19). De estos subtipos el nodular es el más frecuente y se relaciona con los hallazgos clínicos encontrados en el estudio. Así mismo, el CBC es más frecuente en áreas fotoexpuestas, especialmente en la cara (1). En el caso del presente trabajo la mayoría de los tumores se localizaron en la nariz y en las mejillas, lo que conlleva no solo a secuelas funcionales sino estéticas.

Con respecto a la clínica, una pápula, brillante, eucrómica, violácea o pigmentada (negruzca), con antecedente de sangrado o ulceración, debe sugerir un CBC. Adicional a estos hallazgos el médico o el personal de atención primaria



debe prestar especial atención a los pacientes mayores de 50 años, con historia de lesiones en cara y cuello de reciente aparición.

Además de la localización anatómica del tumor, los subtipos clínicos e histológicos también definen el pronóstico del CBC (13,20,21). En nuestro estudio, tal como se ha descrito en Argentina y Brasil (22,23), el subtipo clínico más frecuente fue el de tipo nodular; sin embargo, luego de la toma de la biopsia, una parte de estos tumores tenían componentes histológicos mixtos. Esto es importante porque más del 70 % de los componentes de estos subtipos mixtos corresponden a subtipos histológicos de alto riesgo de recidiva tumoral (24) y se ha encontrado que los subtipos mixtos se asocian con mayor agresividad del tumor (25). Este hallazgo refuerza la importancia de la biopsia, para establecer factores pronósticos, antes de un tratamiento definitivo del tumor.

Cuando un paciente presenta un CBC de alto riesgo, debe tratarse con cirugía (13), por lo tanto, un gran porcentaje de las cirugías sugeridas a los pacientes estudiados se relaciona con los factores de mal pronóstico, tanto clínicos (localización en cara), como histológicos (patrones micronodular e infiltrativo) (20).

Sin embargo, es posible que una parte de los pacientes de este estudio hubieran presentado tumores de bajo riesgo y por lo tanto hubieran podido ser tratados con métodos diferentes a la cirugía convencional (doble electro-curetaje y criocirugía, entre otros), estos procedimientos son alternativas de tratamiento para CBC de bajo riesgo y deben ser realizados por dermatólogos entrenados. Estos métodos no quirúrgicos han demostrado ser altamente efectivos para el tratamiento de los CBC de bajo riesgo, de nuevo en manos experimentadas (21). Es probable que la adopción de guías de práctica clínica basadas en la evidencia ayude a la adecuada clasificación de los pacientes con CBC y a la selección del tratamiento más apropiado para cada paciente.

El presente trabajo evidencia que desafortunadamente el tiempo que tarda un paciente en consultar por primera vez al servicio de salud por una lesión tumoral es prolongado (28 meses en promedio). Teniendo en cuenta que actualmente, a través de los medios de comunicación, hay mucha información del cáncer de piel, se esperaría que una vez el paciente detecte una lesión en su piel consulte rápidamente (en semanas). Sin embargo, es probable que la información que le está llegando al paciente no sea la más adecuada ni tampoco la más efectiva. En este sentido, la necesidad de buenas campañas de promoción y prevención son fundamentales, porque un paciente que consulta precozmente tendrá un mejor pronóstico (un tumor pequeño, de fácil tratamiento, con mínimas secuelas estéticas y funcionales); por el contrario, una consulta tardía, probablemente implicará un tumor de gran tamaño que requiere un manejo quirúrgico agresivo, lo que conlleva a mayor riesgo de complicaciones.

De la misma forma actúa el tiempo transcurrido entre el diagnóstico clínico, la confirmación histológica y la instauración del tratamiento, tiempos que en el caso de la población estudiada fueron cortos (uno a dos meses en promedio). En este punto, hay que aclarar que solo el 30 % de los pacientes estudiados hizo el tratamiento del tumor en el CDFLLA, esto debido a que los pacientes deben costear los procedimientos de forma particular y muchas veces acuden a su servicio de salud para el manejo definitivo del tumor. Desafortunadamente no tenemos los datos de los tiempos o los manejos instaurados en los pacientes que una vez confirmado el diagnóstico se dirigieron a su EPS para ser tratados.

Como cualquier estudio descriptivo, el presente reporte tiene limitaciones importantes, pero quizá la más relevante es la que se presenta al recolectar datos de las historias clínicas de forma retrospectiva, lo que conlleva a pérdida de información valiosa así como a inexactitud de

los datos. Sin embargo, la información de este trabajo es útil porque permite establecer un marco de referencia para generar estrategias de promoción y prevención, así mismo es una fuente de hipótesis y preguntas, que deben ser resueltas con otros estudios.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores agradecen al Dr. Luis Fernando Bermúdez por su participación en la recolección de los datos.

## **FINANCIACIÓN**

El presente trabajo fue desarrollado y financiado en su totalidad por el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Baxter JM, Patel AN, Varma S. Facial basal cell carcinoma. *BMJ*. 2012; 345:e5342.
2. Doherty V. Basal cell carcinoma incidence in the U.K. *British J Dermatol*. 2013; 169(5):964.
3. Staples M, Marks R, Giles G. Trends in the incidence of non-melanocytic skin cancer (NMSC) treated in Australia 1985-1995: are primary prevention programs starting to have an effect?. *Int J Cancer*. 1998; 78(2):144-8.
4. Rogers HW, Weinstock MA, Harris AR, Hinkley MR, Feldman SR, Fleischer AB, et al. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States, 2006. *Arch Dermatol*. 2010; 146(3):283-7.
5. Schmerling RA, Loria D, Cinat G, Ramos WE, Cardona AF, Sanchez JL, et al. Cutaneous melanoma in Latin America: the need for more data. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 30(5):431-8.
6. Sánchez G NJ, de la Hoz F, Castañeda C. Incidencia de cáncer de piel en Colombia, años 2003-2007. *Piel*. 2011; 26:7.
7. Nova-Villanueva J, Sanchez-Vanegas G, Porras de Quintana L. Skin cancer: a Colombian reference centre's epidemiological profile 2003-2005. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007;9 (4):595-601.
8. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, Fincham S, Coldman AJ, McLean DI, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of non-melanocytic skin cancer. I. Basal cell carcinoma. *Arch Dermatol*. 1995; 131(2):157-63.
9. Gon A, Minelli L. Risk factors for basal cell carcinoma in a southern Brazilian population: a case-control study. *Int J Dermatol*. 2011; 50(10):1286-90.
10. Sanchez G, Nova J, de la Hoz F. Risk factors for basal cell carcinoma: a study from the national dermatology center of Colombia. *Actas dermo-sifiliograficas*. 2012; 103 (4):294-300.
11. Rivas M, Araya MC, Caba F, Rojas E, Calaf GM. Ultraviolet light exposure influences skin cancer in association with latitude. *Oncol rep*. 2011; 25(4):1153-9.
12. Narayanan DL, Saladi RN, Fox JL. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Int J Dermatol*. 2010; 49(9):978-86.
13. Acosta A FE, Rueda X, Aristizabal L. Guías de práctica clínica para el tratamiento del carcinoma basocelular. *Rev Asoc Col Dermatol*. 2008; 16(2):16.
14. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. *Lancet*. 2010; 375 (9715):673-85.
15. Qureshi AA, Wei-Passanese EX, Li T, Han J. Host risk factors for the development of multiple non-melanoma skin cancers. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27(5):565-70.



16. Dessinioti C, Tzannis K, Sypsa V, Nikolaou V, Kypreou K, Antoniou C, et al. Epidemiologic risk factors of basal cell carcinoma development and age at onset in a Southern European population from Greece. *Exp Dermatol*. 2011; 20(8):622-6.
17. Alfaro A CL, Rodríguez M. Cáncer de piel. Estudio epidemiológico a 10 años en derechohabientes del ISSTE en Nuevo León. *Dermatología Rev Mex*. 2010.
18. DANE. Expectativa de vida de los colombianos. [Sitio en Internet]. Hallado en URL: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>. Acceso el 13 de junio de 2014.
19. Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2005; 353 (21):2262-9.
20. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology. Basal cell and squamous cell skin cancers. 2013. Acceso en [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp#site](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site)
21. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Be J Dermatol*. 2008; 159(1):35-48.
22. Oliveira S AM, Camargo A, Rocha A. Basal cell Carcinoma - Analysis of 300 cases observed in Uberlândia - MG, Brazil. *An Bras Dermatol* 2006; 81(2):136-42.
23. Ruiz Lascano AKR, Garay I, Ducasse C, Albertini R. Factores de riesgo para carcinoma basocelular. Estudios de casos.controles en Córdoba. *Medicina*. 2005; 65:6.
24. Cohen PR, Schulze KE, Nelson BR. Basal cell carcinoma with mixed histology: a possible pathogenesis for recurrent skin cancer. *Dermatol surg*. 2006; 32(4):542-51.
25. Betti R, Radaelli G, Crosti C, Ghiozzi S, Monneghini L, Menni S. Margin involvement and clinical pattern of basal cell carcinoma with mixed histology. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2012; 26(4):483-7.