



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL "DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO"

PREVALENCIA DE CARCINOMA BASOCELULAR EN UN HOSPITAL
DE SEGUNDO NIVEL

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

PRESENTA:

DRA. MARTHA PATRICIA TREJO GARCIA

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

N° REGISTRO ISSSTE: 322.2015



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

México, Distrito Federal 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

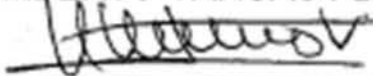
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN

DR. HUMBERTO VARGAS FLORES



Coordinador de Enseñanza e Investigación
Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" ISSSTE

DRA. MARÍA GABRIELA GIL ROMERO



Asesora de tesis y Profesora titular del curso de Anatomía Patológica
Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" ISSSTE

DRA. MA ELENA GARCIA SANTOS



Profesor adjunto del curso Anatomía Patológica
Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" ISSSTE

DRA. NURIA GISPERT CRUELLS



Jefa del servicio Anatomía Patológica y
Profesor del curso Anatomía Patológica
Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" ISSSTE

DRA. MARTHA PATRICIA TREJO GARCIA



Investigador principal y responsable del protocolo de investigación.
Médico residente del tercer año de Anatomía Patológica
Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" ISSSTE

A MI FAMILIA, CONSANGUÍNEA Y MÉDICA,

A MIS PROFESORAS

Y ESPECIALMENTE A TI...

...POR TODO TU APOYO.

ÍNDICE

Introducción	1
Antecedentes	1
Etiopatogenia	2
Cuadro clínico	2
Diagnóstico y tratamiento	3
Justificación	3
Objetivos generales	4
Objetivos específicos	4
Material y métodos	4
Resultados	5
Discusión	7
Conclusiones	8
Bibliografía	9

INTRODUCCIÓN

A nivel nacional, las neoplasias malignas de piel ocuparon el 14.68% en el año 2006.¹

De estas, el carcinoma basocelular es el más frecuente, siendo la población entre 55 y 75 años de edad los más afectados. De este total, se ha registrado que menos del 5% aparece antes de los 30 años de edad.²

En el Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” se realizó un estudio para evaluar el perfil de neoplasias malignas, en los años 2004 al 2010 en el cual se diagnosticó un total de 1258 casos nuevos correspondiendo al 3.9% del total de biopsias estudiadas en dicho periodo de tiempo. De este total, la piel fue el órgano más afectado con 256 casos (20.3%) del cual el carcinoma basocelular ocupó el segundo lugar con 186 casos (14.8%) de las neoplasias malignas en dicho periodo.³

Nosotros realizamos un estudio epidemiológico para conocer las características clínicas y morfológicas del carcinoma basocelular en la población derechohabiente de un hospital de segundo nivel de atención.

ANTECEDENTES

En México, los reportes histológicos de neoplasias se realizan con un gran margen de tiempo, lo cual disminuye la posibilidad de contar con una cifra real y actualizada de la incidencia en neoplasias de piel. El reporte más actual a nivel nacional, se emitió en 2011 a través del Perfil Epidemiológico de los Tumores Malignos en México¹. En dicho documento se engloban todas las neoplasias malignas de piel en el mismo grupo de los tumores de tejido conectivo, resultando así en un subregistro de casos, ya sea porque esta patología no causa la muerte o porque las biopsias de piel se realizan en consultorios particulares.

Existen pocos estudios a nivel nacional que ayudan a conocer estos datos, como lo expuesto en 2005 por el Centro Dermatológico Pascua con 2,320 pacientes con diagnóstico confirmado de neoplasias malignas, de ellos el 75% con carcinoma basocelular, seguido por carcinoma epidermoide con 19% y 5% con melanoma maligno.⁴

Otro estudio, realizado en el Hospital Regional de Nuevo León del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a través de un análisis retrospectivo de 10 años se encontró 591 pacientes con diagnóstico de cáncer de piel donde el 65% fue carcinoma basocelular, 23% carcinoma epidermoide y 5.5% melanoma.⁵

Etiopatogenia. El carcinoma basocelular se origina a partir de las células madre indiferenciadas de la capa basal epidérmica y folículos pilosebáceos. Es una lesión maligna de lento crecimiento con bajo potencial metastásico (menor al 1%)⁶ que se relaciona con la exposición a luz ultravioleta⁷ por lo que se presenta en áreas expuestas al sol en personas de piel clara.

Cuadro clínico. La forma de presentación más común son pápulas perladas que a menudo contienen vasos sanguíneos subepidérmicos prominentes y dilatados (telangiectasias). Algunas lesiones pueden estar pigmentadas y ser confundidas con nevos. Cuando avanzan tienden a ulcerarse y provocan una invasión local extensa con una recurrencia del 40 a 50% de los casos.⁸

Diagnóstico y tratamiento. Una de las características del carcinoma basocelular es la orientación radial con sus ejes mayores paralelos o en empalizada⁹ de las células de la periferia de la lesión. Las células tumorales presentan un núcleo hipercromático con escaso citoplasma y mal definido, generalmente se agrupan en nidos y pueden presentar diferentes patrones microscópicos, los más comunes son: sólido, adenoideo, queratósico, pigmentado, infiltrante, esclerosante (parecido a morfea) y el basoescamoso también llamado metaatípico.¹⁰

En esta revisión, hemos incluido siete variedades más debido a que identificamos la combinación de dos o más de los patrones mencionados previamente.

El tratamiento puede ser a base de escisión, curetaje y desecación en cuyos casos el pronóstico está relacionado con la presencia de lesión en los bordes quirúrgicos así como en la evaluación del patrón microscópico.

JUSTIFICACIÓN

Anualmente en el servicio de anatomía patológica del Hospital General Doctor Darío Fernández Fierro del ISSSTE, se reciben 5 mil especímenes de biopsias, de las cuales aproximadamente la mitad corresponden a lesiones dermatológicas.

En el periodo de 2009 a 2013, se cuenta con un registro de 308 casos de lesiones neoplásicas malignas de piel de las cuales, el carcinoma basocelular representa el 70.4% del total. Es por ello que consideramos importante conocer las características epidemiológicas e histológicas de los pacientes y del carcinoma basocelular de la población derechohabiente del hospital General Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE y que este estudio sea un parámetro de referencia para el médico de primer contacto en

la evaluación y tratamiento o en su caso referencia oportuna al servicio de dermatología de un segundo nivel de atención.

OBJETIVO GENERAL

Describir la prevalencia del carcinoma basocelular en un hospital de segundo nivel.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar aspectos clínicos (sexo y edad) subtipos histopatológicos y sitios anatómicos de lesión del carcinoma basocelular cuantificar el número de lesiones por caso y conocer el porcentaje de lesión residual tumoral de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo con datos de los últimos 5 años, a partir de los reportes de neoplasias y de los reportes de patología que contaban con las siguientes variables: sexo, edad, tamaño, número de lesiones, localización topográfica, patrón microscópico y presencia de lesión en el borde de sección. Con la información obtenida se diseñó una base de datos en el programa SPSS V18 y para su análisis se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

La investigación se apegó a las Directrices Éticas para la Investigación Educativa, BERA, 2011¹¹ y fue aprobado por el comité de ética e investigación del Hospital General Dr. Darío Fernández F.

RESULTADOS

Se revisaron 308 reportes de neoplasias malignas del periodo comprendido de enero de 2009 a diciembre de 2013, de los cuales, 217 (70.45%) correspondieron a carcinoma basocelular, 55 (17.85%) a carcinoma epidermoide, 15 (4.87%) a melanoma y el resto, 21 casos (6.81%) a lesiones neoplásicas malignas no incluidas en los grupos previos. Del total de 217 casos de carcinoma basocelular, se excluyeron 6 casos por no contar con datos completos. Los resultados se exponen en la tabla 1 y en las figuras 1 y 2.

Tabla 1. Resultados

Población	N = 211	
Sexo	Femenino 129 (61.1%)	Masculino 82 (38.9%)
Edad	28-92 años	Media 71 años
Tamaño de la lesión	0.1 a 5 centímetros	Media 0.6 cm
Número de lesiones	1: 196 casos (92.9%) 2: 14 casos (6.6%) 3: 1 caso (0.5%)	
Localización topográfica	Cara: 188 casos (89.1%) Tórax: 8 casos (3.8%) Extremidades: 6 casos (2.8%)	
Patrón microscópico más frecuente	Sólido: 103 casos (48.8%)	
Lesión en el borde de sección	Sin lesión: 167 casos (79.1%) Con lesión: 44 casos (20.9%)	

Figura 1. Localización en cara.

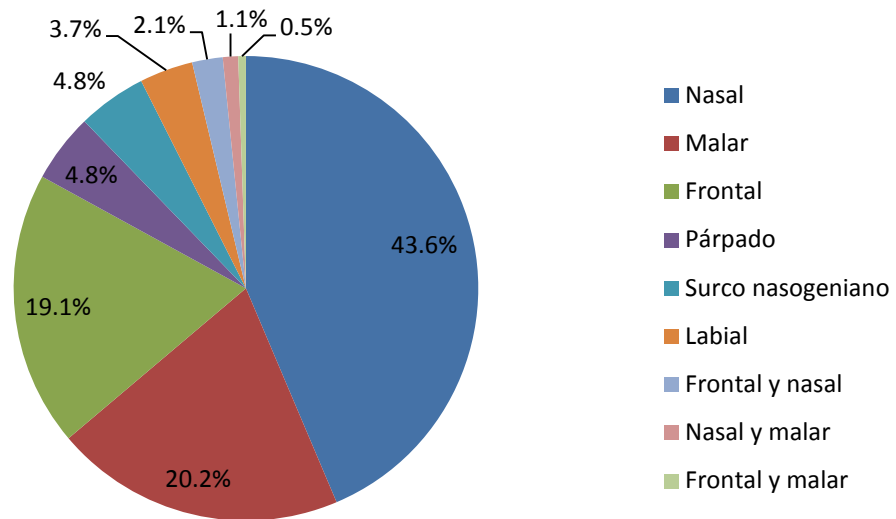
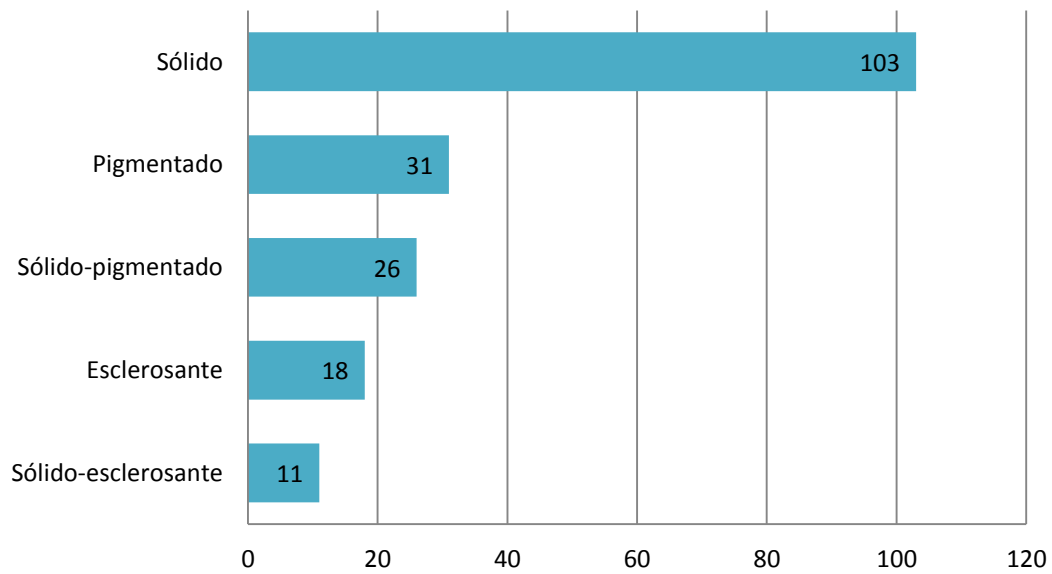


Figura 2. Patrones microscópicos más frecuentes.



DISCUSIÓN

En nuestra serie se presentó el caso de un paciente con 3 lesiones de carcinoma basocelular, pero por falta de datos clínicos no contemplados en este estudio fue imposible descartar el Síndrome de Gorlin, un trastorno autosómico dominante caracterizado por múltiples carcinomas basocelulares, queratoquistes odontogénicos, meduloblastomas y fibromas ováricos mismo que se presenta en 1 de cada 50,000 a 150,000 personas¹².

La literatura mundial reporta mayor afectación en cabeza y cuello seguido por las extremidades con la cual coincidimos en el primer lugar, no así con el segundo pues en nuestro estudio, lo ocupó el tórax en cuyos casos, el diagnóstico clínico de envío no correspondió con el emitido tras el estudio histopatológico.

Coincidimos con lo reportado en la literatura nacional, el carcinoma basocelular es una neoplasia de la vejez, del cual se reporta en la literatura, más frecuente en el sexo masculino con una proporción de 2:1. Nosotros encontramos mayor frecuencia en las mujeres, lo que correlaciona con reportes de GLOBOCAN donde el sexo masculino representa la mayor cantidad de neoplasias malignas, no así para la población latinoamericana, donde esto se revierte, ya que el sexo femenino representa el mayor porcentaje de dichos padecimientos por ser mayor porcentaje de su población. En este aspecto, tampoco podemos descartar el aumento importante de la población derechohabiente femenina de nuestra unidad hospitalaria a partir del año 2005.

CONCLUSIONES

De las series revisadas, no se menciona el tamaño de la lesión, nosotros consideramos que es importante referirla para correlacionar con la presencia de lesión residual y la capacidad de recidiva e invasión local con lo que se podría evitar una segunda intervención principalmente en aquellas lesiones que afectan el rostro.

La piel representa el primer lugar de afectación por neoplasias malignas, esta incidencia se encuentra en aumento junto el número de biopsias y la población derechohabiente, donde las edades de mayor presentación corresponden a la séptima década de la vida con un aumento incipiente en menores de 40 años por lo cual es importante proporcionar toda la información a los médicos, los pacientes y propios trabajadores de nuestra institución para mejorar la participación en la prevención y diagnóstico oportuno de las lesiones malignas de piel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LOS_TUMORES_MALIGNOS_M%C3%A9xico.pdf
2. Cardona H, Peniche C, Fierro A, García G, Mercadillo. Prevalencia de patrones histológicos agresivos en pacientes menores de 40 años. Experiencia de 5 años en el Hospital General de México. Dermatol Rev Mex volumen 57, Núm. 3 mayo-junio, 2013.
3. Said Gayosso Z. Perfil de neoplasias malignas basado en estudios histopatológicos experiencia en un hospital de segundo nivel de atención médica [tesis]. México: Facultad de Medicina, 2011.
4. Alfaro A, Castrejón L, Rodríguez OM. Cáncer de piel. Estudio epidemiológico a 10 años en derechohabientes del ISSSTE en Nuevo León. Dermatología Rev Mex 2010;54(6):321-325.
5. Saucedo RP, Gutierrez VRM, Medina BA. Cáncer de piel en el Centro Dermatológico Pascua. Estudio epidemiológico de 10 años. Dermatol Rev Mex 2005;49:231-239.
6. Peniche C, González S, Fierro A, Albrandt S. Utilidad de la tomografía computada helicoidal en el carcinoma basocelular infiltrante. Dermatología Rev Mex 2011;55(4):188-194
7. Díaz G, Peniche C, Fierro A y Ponce O. Cáncer de piel en pacientes menores de 40 años. Experiencia de cuatro años en el Hospital General de México. Gaceta Médica de México, 2011; 147:17-21

8. Kiiski et al. Risk factors for single and multiple basal cell carcinomas. Arch Dermatol 2010; 146(8): 848-855.
9. Vinay K y Abul KA. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 8ª ed. México: Elsevier 2010.p. 1180-1181.
10. Rosai J. Rosai y Ackerman. Patología quirúrgica. 10ª ed. México: Amolca, Actualidades médicas 2013.p. 135.
11. Ethical Guidelines for Educational Research. British educational research association. Disponible en: <https://www.bera.ac.uk/wp-content/uploads/2014/02/BERA-Ethical-Guidelines-2011.pdf>
12. Escamilla et al. Síndrome de Gorlin-Goltz: reporte de un caso clínico. Revista ADM 2013 Vol. LXX No. 1 43.45.
13. Jurado SC et al. Prevalencia del cáncer de piel en tres ciudades de México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (3): 253-258