



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION
CENTRO DERMATOLOGICO “DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA

**Factores asociados al diagnóstico tardío de Carcinoma Basocelular en pacientes
mexicanos del Centro dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”**

TESIS

Para obtener el diploma de especialista en Dermatología

Presenta:

Dra. Mabel Cristina Mérida Nina

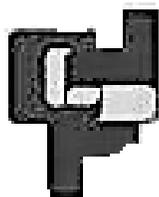
Director: Dr. Fermín Jurado Santa Cruz

Asesor de Investigación: Dr. Daniel Alcalá Pérez

Asesora de Metodología: Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez

Mayo de 2017

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.





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.

DEDICATORIA

A mis padres Basilio Octavio Mérida Ch. y Cristina Nina C., por darme su amor y apoyo incondicional siempre. Gracias a ustedes he llegado hasta aquí. Te mando un beso hasta el cielo mamá y siempre estarás en mi corazón.

A mi esposo Yasmani Pozo Almanza, por su amor y constante apoyo en todo lo que emprendo.

A mi hija Carolina, desde que naciste hiciste que nuevamente mi corazón latiera.

AGRADECIMIENTOS

A Dios; porque sin el nada sería posible

Al Dr. Daniel Alcalá Pérez; muchas gracias por el apoyo en la realización de esta tesis y por los conocimientos que me ha otorgado

A la Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez; gracias por su paciencia y realización de esta tesis

A todos mis maestros; por su gran calidad humana y sus enseñanzas

A mis amigos de la residencia casi hermanos; gracias por su amistad a través de estos años

A todo el personal del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”
muchísimas gracias por todo

Índice

1. Resumen:	6
2. Antecedentes:	8
3. Protocolo de Estudio	15
3.1 Planteamiento del problema	15
3.2 Pregunta de investigación.....	15
3.3 Justificación.....	15
3.4 Hipótesis.....	16
3.5 Objetivos.....	18
3.6 Material y métodos.....	19
3.6.1 Diseño de estudio.....	19
3.6.2 Tamaño de muestra.....	19
3.6.3 Población de estudio.....	19
3.6.4 Criterios de inclusión.....	19
3.6.5 Criterios de exclusión.....	20
3.6.6 Definición de variables.....	20
3.7 Aspecto Éticos.....	23
3.8 Recursos.....	23
3.8.1 Recursos humanos.....	23
3.8.2 Recursos materiales.....	23
3.9 Descripción general del estudio.....	23
4. Resultados	24
5. Discusión	34
6. Anexos	39
7. Bibliografía	44

Resumen

El Carcinoma Basocelular (CBC) es una neoplasia cutánea de crecimiento lento y poca capacidad para dar metástasis. Casi siempre hay un retraso entre la aparición clínica del Carcinoma basocelular y en el momento que el paciente se presenta para el diagnóstico definitivo y el tratamiento. Los estudios publicados anteriormente sobre los retrasos en relación con el cáncer de piel se han centrado en el melanoma por su agresividad, en lugar del Carcinoma Basocelular.

Objetivo: Determinar las características del paciente, de la enfermedad y de la atención médica asociadas al tiempo para el diagnóstico de carcinoma basocelular en adultos mexicanos.

Diseño: Transversal Analítica

Material y método: El estudio se llevará a cabo en el Centro Dermatológico Pascua, durante los meses de noviembre del 2016 a abril del 2017. El diseño es transversal analítica y se incluirán pacientes de 18 años y más de ambos sexos con diagnóstico histológico de carcinoma basocelular.

Se aplicará un cuestionario estructurado en un muestreo no probabilístico de casos consecutivos y se describirán las características generales y se utilizarán pruebas de significancia estadística.

Resultados: Se realizó una encuesta a 300 pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular en la Clínica de tumores del Centro Dermatológico Pascua. De los 300 pacientes el 70.3% (n=211) fueron mujeres y el 29.7% (n=89) hombres con un rango de edad de 34 y 94 años con un promedio de 67. Los factores asociados al diagnóstico tardío del Carcinoma Basocelular son: escolaridad menor

o igual a 9 años (Básica), el no realizar una autoexploración de la piel con regularidad, tardarse más de 6 meses en acudir al médico después de haber detectado una lesión sospechosa, el acudir de primera instancia a un médico que no sea especialista en dermatología para evaluar la lesión pigmentada, una tardanza mayor a 50 días para llegar a un diagnóstico definitivo, acudir a más de un médico en la búsqueda de un diagnóstico, que el diagnóstico definitivo no sea realizado por un dermatólogo, tener un diámetro de la lesión pigmentada mayor a 10mm, la presencia a la exploración física de crecimiento y manifestaciones clínicas adicionales como numerosos tonos de pigmento, ulceración y sangrado de la lesión.

PALABRAS CLAVES: Carcinoma basocelular, retraso en el diagnóstico y tratamiento

Antecedentes:

El Carcinoma Basocelular (CBC) es una neoplasia cutánea de crecimiento lento y poca capacidad para dar metástasis. Su origen son las células basales de la epidermis y de los folículos pilosos. Forma parte de los carcinomas cutáneos de los queratinocitos junto con el Carcinoma Espinocelular (CEC), siendo el más frecuente el CBC.

Epidemiología

El CBC es el cáncer más frecuente en el ser humano, representa entre el 70 y el 80% de cánceres de los queratinocitos en la población de piel blanca y es menos frecuente en las poblaciones de piel oscuraⁱ. Se estima que la tasa de incidencia ha aumentado 20% en las últimas dos décadas e incluso, en la población blanca de los Estados Unidos de América la incidencia ha aumentado más del 10% por año en grupos etarios cada vez más jóvenesⁱⁱ. El riesgo general calculado para desarrollar CBC es de 30%.ⁱⁱⁱ

La incidencia también varía por zona geográfica. Los lugares más cercanos del ecuador, como Hawái y California, tienen el doble de pacientes con CBC, comparado con el oeste de los Estados Unidos de América.^{iv} En países nórdicos, como Finlandia, la incidencia es cuatro veces mayor a la de EUA, mientras que en Australia es cuarenta veces mayor que en Finlandia.^v

En México se registraron 13,000 casos nuevos por año.^{vi} Según el Registro Nacional de Neoplasias, en el año 2004 el CBC ocupó el tercer lugar, precedido del cáncer Cervicouterino y el pulmonar.^{vii} En el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”, del 2004 al 2011 se diagnosticaron 2,185 CBC, representando una prevalencia de 74%.^{viii}

El CBC se observa con mayor frecuencia en personas de 55 a 75 años.^{ix} En la literatura mundial esta reportada la mayor frecuencia en hombres, aunque en estudios mexicanos es más frecuente en mujeres.^x

Etiopatogenia

En su origen intervienen factores extrínsecos e intrínsecos. Dentro de los extrínsecos se encuentran los factores del medio ambiente como la radiación ultravioleta acumulada, que es el más importante, además de las radiaciones ionizantes, la exposición a hidrocarburos policíclicos aromáticos, clorofenoles y arsénico. Los intrínsecos son factores del huésped o genéticos, como las genodermatosis que cursan con fotosensibilidad como el xeroderma pigmentoso, el albinismo y el síndrome de carcinoma basocelulares nevoides también llamado síndrome de Gorlin.^{xi,xii}

La exposición solar es la causa ambiental más importante y los factores de mayor riesgo se relacionan directamente con los hábitos y ocupaciones, además de la susceptibilidad individual al daño por radiación solar como tener la piel blanca, ojos claros, pelo rojo, ascendencia Europea, efélides desde la infancia e historia de quemaduras solares por periodos de exposición solar intermitente.^{xiii, xiv, xv}

Cuadro clínico

El 70% de los CBCs se presentan en cara, 15% en tronco y rara vez en pene, vulva o región perianal.^{xvi} Existen distintas clasificaciones de las variedades clínicas, en

el Centro Dermatológico “Ladislao de la Pascua” se divide en exofíticos, planos y formas raras.^{xvii}

En general todas las variedades clínicas pueden ser pigmentadas y ulceradas, con excepción del CBC esclerodermiforme que no se ulcera. Los CBCs pigmentados pueden ser de color marrón o negro en distintas tonalidades y generalmente tiene distribución moteada, constituyen el 6% de los CBCs y son frecuentes en personas de fototipo IV como los asiáticos y los latinoamericanos.

Histopatología

El CBC está compuesto por islotes o cordones bien circunscritos de células basaloides que en la periferia se disponen en empalizada y en el centro su distribución es aleatoria. El núcleo de las células es hiper cromático o basófilo, ovoide o redondeado, con nucléolos evidentes y citoplasma escaso. Pueden observarse puentes intercelulares, gran número de mitosis y abundantes células apoptóticas. Las células del interior de las masas tumorales son menos diferenciadas y menos delimitadas entre sí que las de la periferia. Ocasionalmente las trabéculas tumorales muestran cierto grado de diferenciación hacia estructuras del germen epitelial primario, es decir, pueden mostrar diferenciación sebácea, pilar o apocrina y pueden observarse varios subtipos morfológicos combinados en un mismo tumor.^{xviii, xix, xx}

Diagnostico

El estándar de oro para el diagnóstico del CBC es la histopatología y se complementa basándose en las características clínicas del tumor, evolución de la lesión y características dermatoscópicas.

Tratamiento

El tratamiento del CBC depende del tamaño, la ubicación y el patrón histológico, siendo este último el que marca la pauta. Dentro de las armas terapéuticas se encuentran el electrodesecación y curetaje, la escisión quirúrgica, la cirugía micrográfica de Mohs, los agentes tópicos e intralesionales, la radioterapia y la terapia fotodinámica, siendo la escisión quirúrgica el tratamiento de elección.^{xxi}

Cuando se realiza la escisión quirúrgica se debe proporcionar un margen de seguridad que dependerá del tamaño del tumor, la localización y de la variedad histológica, con la finalidad de remover todo el tejido tumoral.

La cirugía micrográfica de Mohs es el tratamiento de elección propuesto en la actualidad para tumores recurrentes, pobremente delimitados y/o que presenten patrón histológico agresivo, como es el caso del CBC infiltrante. También está indicado en tumores con topografía sugerente de alto índice de recurrencia como es el área periorbitaria y centrofacial (zona H).^{xxii}

DEFINICIÓN DE RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS

La mayoría de los CBC no son fatales, pero pueden causar morbilidad grave como la destrucción de áreas cosméticamente sensibles tales como la cara de estas la nariz, oreja y los párpados.^{xxiii}

Se ha visto que el autoexamen de la totalidad de la piel se considera un elemento importante para el diagnóstico temprano; sin embargo, se considera que solo el 10-20% de la población lo realiza mensualmente.^{xxiv}

Los estudios en la literatura muestran una asociación estadísticamente significativa en cuanto a la detección temprana en los pacientes del sexo femenino, mayor escolaridad, y el hábito de realizar autoexploración de la piel. Otro factor asociado es el hecho de haber tenido una lesión benigna previamente extirpada, el conocimiento del riesgo personal o familiar del cáncer de piel como determinantes para realizar autoexploración de la totalidad de la piel.^{xxv, xxvi}

El retraso en el diagnóstico es más frecuente en los adultos mayores, en particular los mayores de 66 años, por la menor accesibilidad a los servicios médicos en general y en particular a la dermatología aunado a la mayor comorbilidad que afecta el pronóstico. Los resultados de este estudio hacen evidente que sea necesaria la capacitación del adulto mayor y de sus esposas para la detección y reducción de la mortalidad específicamente en este grupo de edad.^{xxvii, xxviii}

En un estudio realizado por Kirkup ME y colaboradores describieron el cambio del diámetro de la lesión de un grupo específico de CBC durante la espera para el tratamiento. La mediana del cambio de diámetro fue 1 mm, que era demasiado pequeña para afectar la técnica quirúrgica. Hay muchos factores implicados en las decisiones sobre el tiempo óptimo para el tratamiento definitivo del CBC, incluyendo

la disponibilidad de instalaciones quirúrgicas y el personal, junto con factores médicos y sociales para el paciente. Se ha demostrado que la tasa de proliferación celular se relaciona con el tamaño del tumor, pero esto puede haberse confundido ya que los subtipos histológicos infiltrados y morfeicos eran patrones más comunes en las lesiones más grandes.

La duración de la lesión antes del tratamiento, ninguno había estado presente por más de 14 meses, mientras que la duración media de la lesiones que disminuyeron en tamaño fue de 20 meses.^{xxix}

En otro estudio Alam M y colaboradores trataron de aclarar las razones de la demora en la presentación para el diagnóstico y tratamiento para el Cáncer de piel no melanoma realizando un cuestionario auto administrado de la historia clínica del paciente, el antecedente del cáncer de piel, la información demográfica, tamaño inicial y posterior de la lesión. Entre las razones de la espera, la negación (incluyendo: pensaba que no era importante, estaba demasiado ocupado temía que pudiera ser algo peligroso) fue el más frecuente y factor más común específica del paciente, representando el 71% de los casos. Además, hubo un aumento significativo en el tamaño del tumor desde el momento del diagnóstico y el tiempo observado por el paciente. Lo cual el aumento del retraso se asoció con mayor crecimiento del tumor.^{xxx}

Melody J. y colaboradores han tratado de determinar la asociación de las características potencialmente modificables, incluyendo el retraso en el tratamiento, con el tamaño del defecto en el momento de la eliminación del CBC mediante la cirugía micrográfica de Mohs (MMS).

Aunque los resultados de este estudio no demostraron que la demora causa defectos quirúrgicos de mayor tamaño, pero sí sugiere una asociación importante.^{xxxí}

Husein Husein ElAhmed y colaboradores observaron que en el estudio se encontró un retraso en el diagnóstico definitivo en un 48,8% de los pacientes, el cual fue más de 1 año ($19,79 \pm 14,71$ meses) transcurrido entre la primera observación de la lesión y el diagnóstico. Considerando excesivo el tiempo para ser el cáncer más común en humanos.

Gordon PM y col. en el año 2000 realizaron un estudio del cual se tomaron 162 expedientes de pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, se observó que el tamaño medio del tumor fue de 7,4mm (mediana 10) y la duración media del CBC fue de 20,5 meses (mediana de 12). No hubo correlación entre el tamaño del tumor y la edad del paciente, tamaño y duración del tumor o tamaño tumoral e intervalo entre la derivación y la consulta al hospital. Los CBC individuales con crecimiento rápido u otras características de interés pueden requerir una referencia urgente, pero la evidencia de nuestros pacientes y de otros estudios es que esto no es rutinariamente necesario.^{xxxii}

Además, se observó que los pacientes fueron jóvenes (< 65 años) con lesiones localizadas en cabeza y cuello, historia previa de CBC y aquellos con antecedentes familiares de cáncer de piel fue relativamente las corto el tiempo la búsqueda de atención médica. Este último punto se explicaría por el hecho de que estos sujetos están más preocupados por desarrollar enfermedades malignas. En otros trabajos

se ha demostrado que una historia previa de CBC puede determinar el comportamiento de la búsqueda de un médico especializado en el área.

3. Protocolo de Estudio

3.1 Planteamiento del problema.

En México, el cáncer de piel ocupa el primer lugar de todos los carcinomas, con una frecuencia del 13%. Dentro de los carcinomas cutáneos el CBC es el más frecuente, representando entre el 60 y 73% de los casos.

La OMS refiere que la capa de ozono se está adelgazando progresivamente, perdiendo la capacidad de protección contra las radiaciones UV del sol, esto se ve reflejado en un incremento de los casos de cáncer de piel. Se estima que por cada 10% que esta disminuya, ocurrirán 300.000 casos de cáncer no melanoma y 4,500 casos de melanoma.

El CBC es una neoplasia epitelial de malignidad por su crecimiento lento y su excepcional capacidad de dar metástasis por tanto no son fatales, pero si no es tratado a tiempo localmente puede ser muy agresivo, ya que tiene la propiedad de infiltrar a tejidos profundos, causando alteraciones en la función y estética.

El manejo de esta condición depende de muchos factores, la escisión quirúrgica siendo el tratamiento de elección ya que alcanza hasta un 95% de curación.

A menudo hay un retraso entre la aparición de la clínica del CBC y el punto en el tiempo en el que se presenta el paciente para el diagnóstico y tratamiento definitivo.

Existiendo escasa información al respecto Tardío aquellos reportados en la literatura

3.2 Pregunta de investigación

Por lo anterior nos proponemos investigar:

¿Cuáles son las características del paciente, de la enfermedad y de la atención médica que se asocian con el tiempo para el diagnóstico del carcinoma basocelular en adultos mexicanos?

3.3 Justificación

Teniendo en cuenta la magnitud, incidencia y prevalencia del CBC, así como su posible repercusión en términos de morbilidad, siendo el grupo de neoplasia maligna más común en la especie humana con cerca de 800,000 de nuevos casos nuevos diagnosticados anualmente en Estados Unidos. En México se registraron 13,000 casos nuevos por año. En el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, del 2004 al 2011 se confirmaron 2,185 CBCs mediante estudio histopatológico, representando una prevalencia de 74%. Estos estudios sobre diferentes aspectos permiten un mayor conocimiento del mismo resultando de gran interés.

El diagnóstico y tratamiento oportuno o en estadios tempranos nos permite brindar tratamientos menos agresivos conduciendo a cirugías más breves, cicatrices más pequeñas y disminución global de la morbilidad por lo que se sugiere educación al público más sobre los síntomas de CBC a buscar consejo genético antes. Además, se vieran reflejados en el costo del tratamiento.

En la actualidad, tenemos poca información relativa a la tasa de crecimiento de los CBC y la relevancia de la demora en recibir tratamiento.

Pensamos que esta investigación será de utilidad ya que permitirá adoptar nuevos datos que ayuden a conocer y realizar un diagnóstico y tratamiento temprano.

3.4 Hipótesis

Las características del paciente que se asocian con un mayor tiempo para el diagnóstico son:

- Edad mayor a 65 años
- Nivel socioeconómico bajo
- Analfabetismo
- Ausencia de antecedente heredofamiliar de cáncer queratinocítico

Las características de la enfermedad que se asocian con un mayor tiempo para el diagnóstico son:

- Primer cáncer queratinocito diagnosticado
- Topografía diferente a cabeza y cuello
- Tumores que no ocasionan síntomas como prurito y dolor
- Tumores no ulcerados

Las características de la atención médica que se asocian con un mayor tiempo para el diagnóstico son:

- No contar con servicio médico o seguridad social
- Diagnóstico presuntivo diferente a cáncer queratinocito
- Tiempo de referencia a Dermatología prolongado

3.5 Objetivos

Objetivo principal

Determinar las características del paciente, de la enfermedad y de la atención médica asociadas al tiempo para el diagnóstico de carcinoma basocelular en adultos mexicanos

Objetivo específicos

- Determinar las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, lugar de residencia y nivel socioeconómico) de los pacientes con carcinoma basocelular
- Determinar las características de la atención médica en relación al acceso a la salud
- Comparar las diferentes actividades de detección y conocimiento de cáncer de piel

- Determinar el antecedente heredofamiliar de cáncer queratinocito de los pacientes con carcinoma basocelular
- Manifestaciones clínicas identificadas por el paciente al momento del diagnóstico
- Determinar la ruta que siguió cada paciente desde que se percató de la lesión hasta el diagnóstico y tratamiento definitivo, determinando el tiempo de evolución entre cada acción y la especialidad y número de médicos consultados en dicho lapso
- Cuantificar el tiempo para el diagnóstico de carcinoma basocelular
- Comparar las características del paciente, de la enfermedad y de la atención médica entre los pacientes con tiempo para el diagnóstico menor a 1 año y los de mayor a 1 año
- Determinar las características del CBC como topografía, morfología, tamaño, etc.

3.6 Material y métodos

3.6.1 Diseño de estudio: Transversal analítica

3.6.2 Tamaño de muestra: 300 cuestionarios

3.6.3 Población de estudio: Todos los pacientes mayores de 18 años de edad, con el diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basocelular, que cuenten con expediente en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

3.6.4 Criterios de inclusión

- Aceptar participar en el estudio previa firma del consentimiento informado

- Disponibilidad de tiempo para ser entrevistado y contestar el cuestionario
- Pacientes de 18 y más años de edad
- Ambos sexos
- Diagnostico histológico de Carcinoma basocelular

3.6.5 Criterios de exclusión

- Incapacidad para contestar el cuestionario de forma autónoma

3.6.7 Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
Carcinoma Basocelular	Clasificación y tamaño de la lesión Patrón histológico	Se realizará exploración física en busca de lesiones de carcinoma basocelular	Tipo de Variable: cualitativa Escala de Medición: ordinal	1. Plano <ul style="list-style-type: none"> • Superficial • Cicatrizal • Esclerodermiforme 2. Exofíticos <ul style="list-style-type: none"> • Tumoral • Pseudoquiste • Vegetante 3. Especiales <ul style="list-style-type: none"> • Multicentrico • Fibroepitelioma de Pinkus 4. Primariamente ulcerado: Ulcus R.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional.	Escala	Unidad de medida
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Edad en años en el momento del estudio	Continua-proporcional	Años

Sexo	Constitución orgánica que distingue masculino y femenino	Se registra con base al sexo de asignación social	Nominal	0 Masculino 1 Femenino
Estado civil	Es el status social o legal en que se encuentra el sujeto de estudio y es referido por el mismo.	Se pregunta en forma directa al paciente	Cualitativa	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre

Estrato socioeconómico	Clase o nivel social.	Será medida de acuerdo al método Graffar mediante la aplicación de preguntas ya estandarizadas y mediante la suma de puntos que se obtiene	Cuantitativa Ordinal	1. Estrato I Población con las mejores condiciones de vida: 4 a 6 puntos 2. Estrato II :7 a 9 puntos 3. Estrato III: 10 a 12 puntos 4. Estrato IV: 13 a 16 puntos 5. Estrato V: 17 a 20 puntos
Escolaridad	Es la actividad que efectúa el paciente en el momento del estudio	Se pregunta en forma directa al paciente	Cualitativa	1. Primaria o menos 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Profesional
Ocupación	Es el grado de preparación académica alcanzado por el sujeto a estudiar	Se interroga al paciente por su escolaridad en grados terminados	Cualitativa	1. Profesionista 2. Propietario de pequeños comercios 3. Empleado 4. Obrero no calificado 5. Vendedor no asalariado 6. Ama de casa 7. Estudiante

Acceso a los servicios de salud	Variable compuesta que determina la oportunidad con que la población puede hacer uso de la atención medica gubernamental y no gubernamental	Se medirá mediante 4 preguntas: 1. Lugar de vivienda al momento de identificar la lesión 2. Pertenencia a seguridad social (IMSS, ISSSTE, SS, ISSEMYN y otro) 3. Numero de promedio de veces que acudió con su médico general o particular durante el año previo a su dx.	Cualitativo / Cuantitativa	1,2..... Si/no respuesta a pregunta abierta
Actividades de detección y conocimiento por parte del paciente y personal en salud	Son las conductas encaminadas a identificar personas con la enfermedad que no han rebasado el horizonte clínico	Variable compuesta que se medirá con 5 preguntas • Antes de percatarse de la lesión sospechosa había escuchado o leído acerca del melanoma. • Como se entero • Autoexploración de la piel • Su médico de atención primaria le indico o efectuó exploración total de la piel. • Antecedentes de cáncer de piel en la familia	Cualitativo / nominal	Si /no respuesta pregunta abierta
Manifestaciones clínicas identificadas por el paciente al momento del diagnostico	Son aquellos síntomas y signos identificadas por el paciente	Variable compuesta que se medirá con 3 preguntas • Tenía un lunar u otra lesión en el lugar • Era de nacimiento • Síntomas que lo obligaron a acudir al medico	Cualitativo/nominal	Si/No respuesta y pregunta abierta
Ruta desde la identificación de la lesión hasta el diagnostico	El camino que siguió el paciente hasta ser diagnosticado	Variable compuesta : se tratara de reconstruir las conductas que llevo el paciente en un marco temporal desde que se	Cualitativa / cuantitativa(tiempo) Nominal	Días (preguntas)

		percato directa o indirectamente		
Manifestaciones clínicas objetivas	Son aquellas características de la lesión descritas en el expediente clínico	Variable compuesta que se medirá con 5 preguntas <ul style="list-style-type: none"> • Tamaño de la lesión en milímetros • Topografía: descripción del lugar donde se encuentra la o las lesiones • Variedad clínica • Otras manifestaciones 	Cualitativa / nominal politomicas	Extremidades , tronco, etc.

3.7 Aspectos éticos

El estudio es factible en personas de acuerdo a la ley general de salud y no se hará ninguna intervención de cualquier índole hacia los sujetos de estudio.

Tampoco tiene implicaciones, ya que una vez concluido el estudio se informará a los médicos tratantes los datos de los pacientes que requieran atención médica especializada.

3.8 Recursos

3.8.1 Recursos humanos

- Un Dermatólogo
- Un Maestro en ciencias
- Un residente de Dermatología.

3.8.2 Recursos materiales

- 2 computadoras
- 1 impresora
- papel, lápices, fotocopias etc.

3.9 Descripción general del estudio

Posterior a la construcción y pruebas piloto del cuestionario estandarizado se procederá a obtener los datos de los pacientes en el Centro Dermatológico Pascua. Se obtendrán los expedientes correspondientes. Se seleccionarán los pacientes con confirmación y estadificación histopatológica, de ellos se obtendrán los datos necesarios para el estudio.

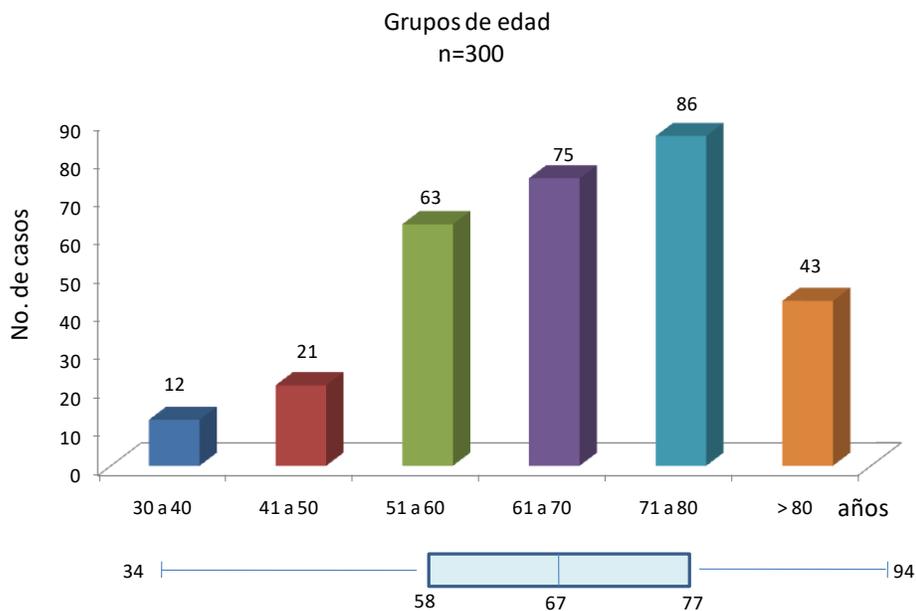
A los participantes se les explicara el estudio y se les solicitara su consentimiento informado por escrito. Se les entrevistara para contestar el cuestionario que aparece en los anexos.

3.10 Análisis estadístico

4. Resultados

Se realizó una encuesta a 300 pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular en la Clínica de tumores del Centro Dermatológico Pascua. De los 300 pacientes el 70.3% (n=211) fueron mujeres y el 29.7% (n=89) hombres con un rango de edad de 34 y 94 años con un promedio de 67. (Figura1)

Figura 1.



Fuente: Servicio de Dermato- oncología del CDP

Se consideraron como factores asociados al Diagnóstico Tardío las variables como escolaridad como punto más relevante, donde se encontró que el 56% de los casos contaba con un nivel de primaria o menor, seguido por el estado civil donde el 53.7% eran casados y la ocupación con mayor frecuencia 60.3% fueron las amas de casa.

(Cuadro1)

Cuadro 1.

Escolaridad	Casos n=300	%
Primaria o menor	168	56.0%
Secundaria	41	13.7%
Bachillerato	39	13.0%
Profesional	52	17.3%
Edo. Civil		
Casado	161	53.7%
Soltero	65	21.7%
Viudo	57	19.0%
Divorciado	11	3.7%
Unión libre	6	2.0%
Ocupación		
Ama de casa	181	60.3%
Empleado	39	13.0%
Profesionista	28	9.3%
Vendedor por su cuenta	24	8.0%
Obrero no calificado	18	6.0%
Comerciante	10	3.3%

Acceso de la atención de los servicios de salud antes del diagnóstico del CBC

En la evaluación del acceso a los servicios de salud se consideró el lugar de la vivienda con 66% en la Ciudad de México, la derechohabencia a algún servicio de salud con 38% y el número de consultas al año con un 60.7% desde 1 a más de 5 en un año. (Cuadro 2)

Cuadro 2.

Residencia	n=300	%
Ciudad de México	198	66.0%
Edo. de México	60	20.0%
Otro estado	42	14.0%
Cuenta con servicio de salud		%
Ninguno	186	62.0%
Si	114	38.0 %
IMSS	49(16.3%)	
ISSTE	39(13%)	
Seguro popular	24(8%)	
Isemmy	1(0.3%)	
Otro	1(0.3%)	
Número de consultas		
Ninguna	118	39.3%
Si	182	60.7%
Una	37 (12.3%)	
Dos	40	13.3%
Tres	33	11.0%
Cuatro	14	4.7%
Cinco	8	2.7%
Mayor a cinco	50	16.7%

Detección del CBC por el paciente, personal de salud y medios de comunicación

Las actividades de detección, así como el conocimiento de cáncer de piel fueron evaluados mediante cinco variables donde la auto revisión de la piel es un factor determinante para procurar un Diagnóstico Temprano. Un 62.7%(n=188) desconocían la existencia de cáncer de piel de los cuales 28.3%(n=85) de todos los pacientes recibieron información sobre el cáncer de piel por un médico y el restante se enteró por diferentes medios. Además, se observó un 90.3% de los pacientes no tenían antecedente familiar con Carcinoma Basocelular. (Cuadro 3)

Cuadro 3.

Como se enteró de cáncer	n=300	%
Lo vio en televisión	62 (20.7%)	
Por radio	5(1.7%)	
Mediante revista	22(7.3%)	
Medico	85(28.3%)	
Otro profesional	12(4.0%)	
Otro	49(16.3%)	
Antecedente familiar de CBC		
Si	29	9.7%
No	271	90.3%

Manifestaciones clínicas

Un 40.3% (n=121) confirmaron la presencia de un lunar en el sitio donde se desarrolló el Carcinoma Basocelular, sin ser este un factor asociado a la prontitud diagnóstica. Solo un 1.7%(n=5) de los pacientes identificaron la presencia de este lunar desde el nacimiento. A todos los pacientes se les interrogó en forma de respuesta abierta cual había sido el motivo por el cual habían acudido a una consulta inicial con respecto al Carcinoma Basocelular que padecían. Un 30.3% de los pacientes no tuvieron síntomas mientras un 28.3 % (n=85) de los pacientes acudieron por presentar crecimiento de la lesión. El resto de los motivos por los cuales acudieron pueden observarse en el cuadro nro. 4.

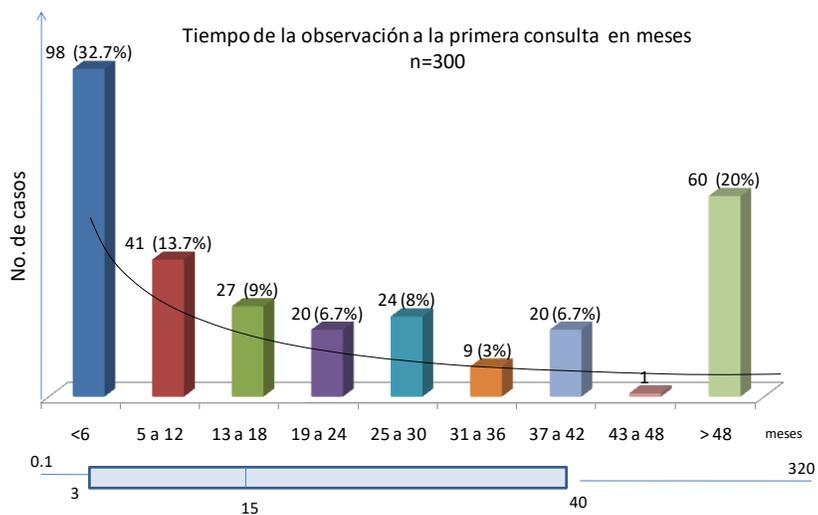
Cuadro 4.

Manifestación clínica	n=300	%
Aumento de tamaño	85	28.3%
Hemorragia	43	14.3%
Otros (mancha, hoyo)	81	27.0%
Ninguno	91	30.3%

Ruta diagnóstica

La ruta diagnóstica fue otro de nuestros objetivos a evaluar, donde los tiempos fueron los principales blancos a medir. Se definió el tiempo primer tiempo como aquel que transcurrido desde la primera vez que alguien o el mismo paciente identifico la lesión hasta el momento que acudieron a la 1ra consulta médica relacionada con el Carcinoma Basocelular. (Figura 2)

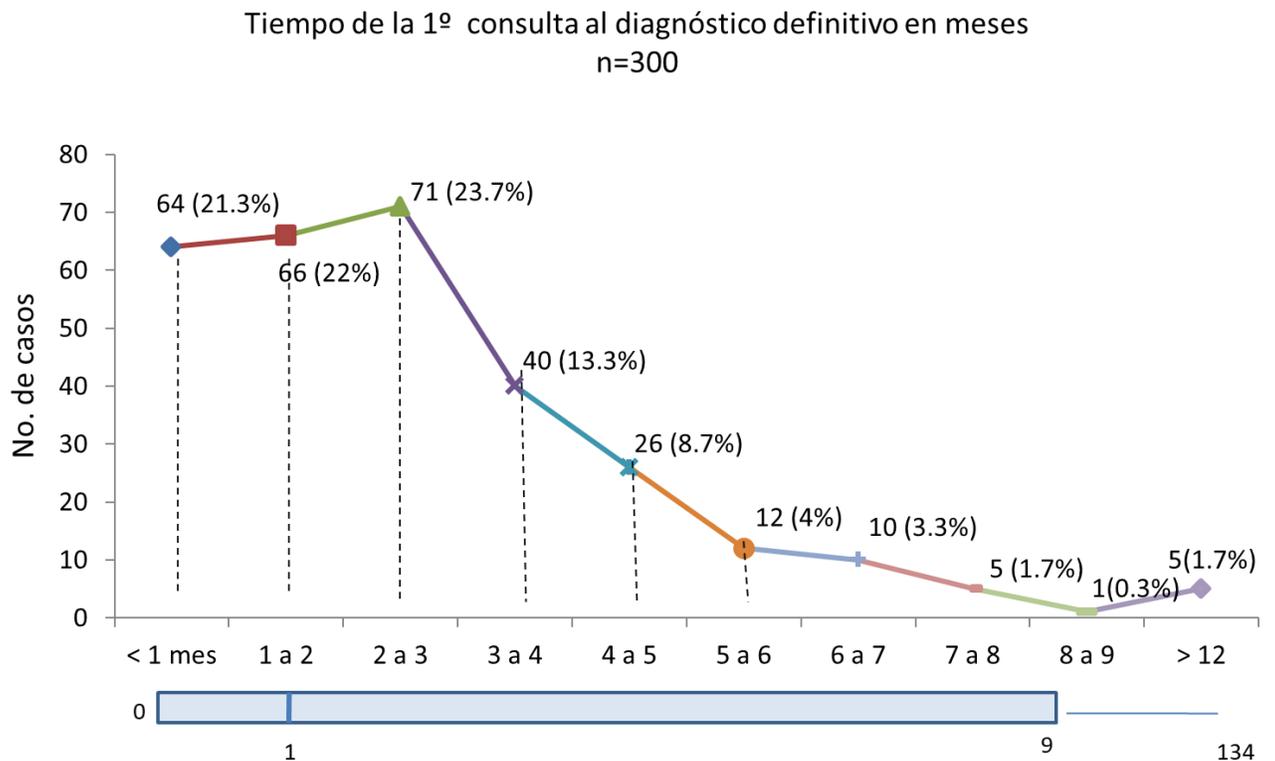
Figura 2.



Fuente: Servicio de Dermato- oncología del CDP

El segundo tiempo a medir fue aquel entre la 1ra consulta y el diagnóstico definitivo. Encontramos que el mínimo fue algunos días después de haber consultado por primera vez y donde la media fue de 2 meses. (Figura 3)

Figura 3.



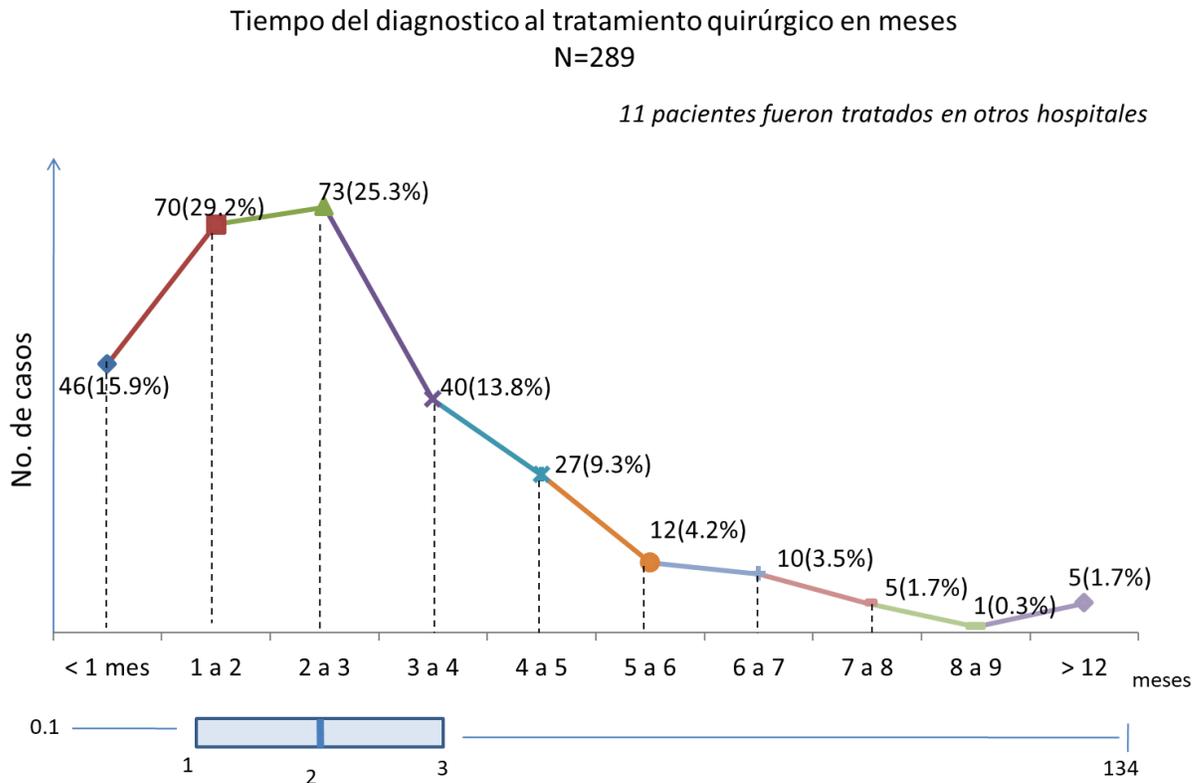
Fuente: Servicio de Dermato- oncología del CDP

Finalmente, el tercer tiempo a medir, fue aquel entre el diagnóstico definitivo y el tratamiento. Aunque no forma parte del objetivo del estudio ya que nuestro objetivo es detectar factores asociados al diagnóstico, quisimos estudiarlo para tener una idea más clara que tan rápido se proporciona el tratamiento en un sector de nuestro país para una patología tan frecuente y poco conocida como el

Carcinoma Basocelular. El rango en días que se tardaron para administrar el tratamiento fue de algunos días hasta 3 meses con un promedio de 2 meses.

(Figura 4)

Figura 4.



Fuente: Servicio de Dermato- oncología del CDP

En este punto también nos interesó determinar aquellas personas clave involucradas en la detección por vez primera de la lesión. La distribución de estas se encuentra descrita en el cuadro 5.

Cuadro 5.

Primera persona que detecto la lesión	n=300	%
Personalmente	176	58.7%

Mi pareja	13	4.3%
Un familiar	37	12.3%
Médico	64	21.3%
Otro	10	3.3%

Ya habiendo detectado la lesión, investigamos los motivos para no acudir de forma expedita a ser valorados por un médico, datos registrados en el cuadro 6. Además de saber el número de consultas médicas antes de su diagnóstico definitivo.

Cuadro 6.

Motivo de No acudir al médico	Casos	%
Pensé que no era importante	120	40.0%
Porque no sabía que podría ser cáncer	97	32.3%
Otra	61	20.3%
Falta de dinero	17	5.7%
Falta de tiempo	5	1.7%

Médicos consultados	Casos	Casos
1	99	33.0%
2	148	49.3%
3	39	13.0%
4	5	1.7%
5	5	1.7%
0	3	1.0%
10	1	0.3%

Consideramos de vital importancia determinar si juega un papel importante la especialidad del primer médico a quien se visita, así como el que hace el diagnóstico, el cual puede ser el mismo o puede ser diferente. Cuadro 7

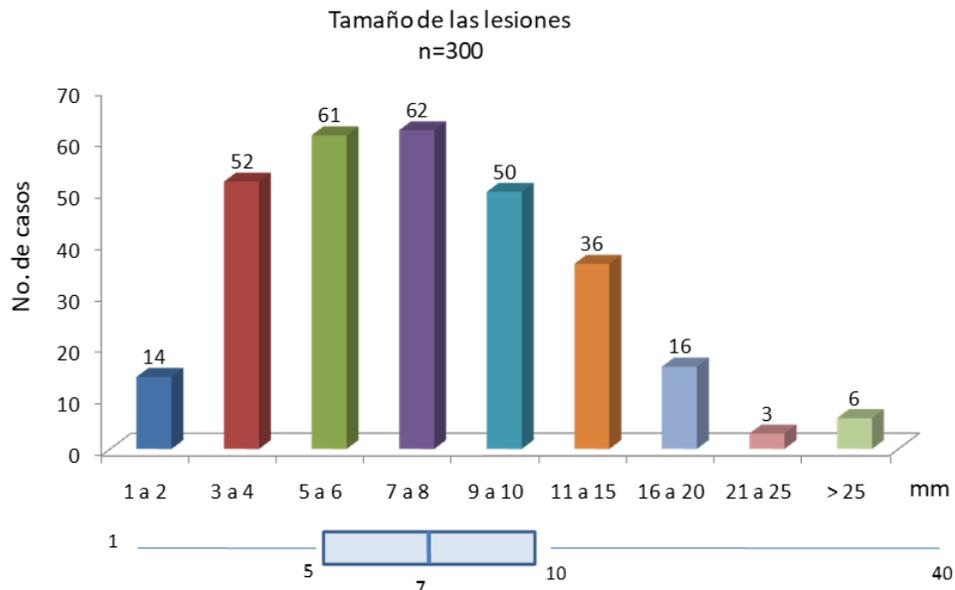
Cuadro 7

Primer médico a quien acudió	Casos	%
Dermatólogo	188	62.7%
Médico general	95	31.7%
Oncólogo	7	2.3%
Otros especialistas	10	3.3%
Especialidad del médico que realizó el diagnóstico	n=300	%
Dermatólogo	267	89.0%
Médico general	19	6.3%
Oncólogo	10	3.3%
Otra especialidades	4	1.3%

Descripción de la lesión al momento del diagnóstico

Los datos objetivos de la lesión fueron obtenidos del expediente clínico al momento de haber realizado el diagnóstico, encontrando asociaciones significativas. Como primera instancia, el diámetro en milímetros del Carcinoma Basocelular se observó que más del 50% se encontraba entre 5 a 10mm con una media de 7mm (Figura 5)

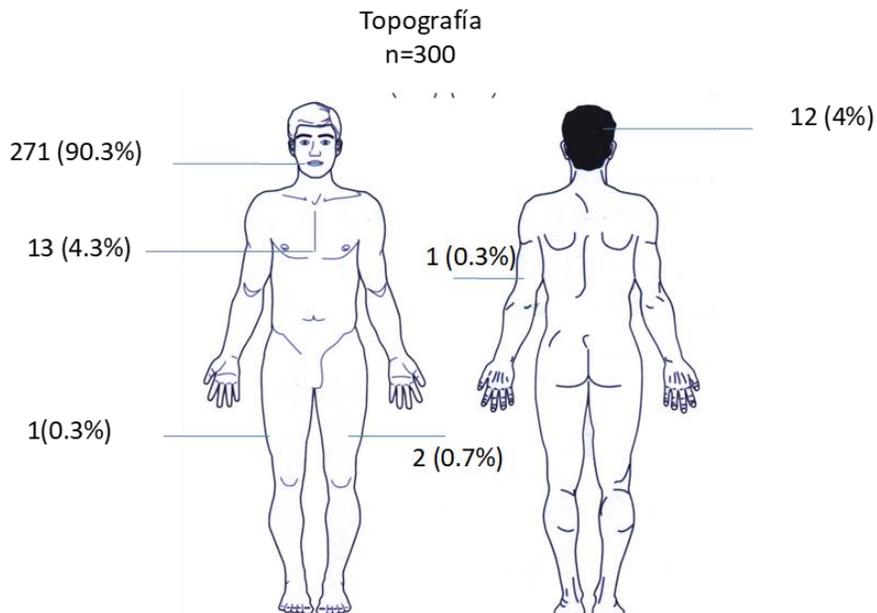
Figura.5



Fuente: Servicio de Dermato- oncología del CDP

La topografía más afectada fue la cara con un 90.3%(n=271) seguido de un 4.3% en tronco y el restante se observa en la figura 6.

Figura 6.



La variedad clínica más frecuente en nuestro estudio fue los exofíticos y de ella la tumoral con un 83.7%(n=251), seguida en un porcentaje no tan significativo un 7.3%(n=22) la variedad plana cicatrizal, los restantes fueron con un 4%(n=12) donde la variedad fue plana esclerodermiforme. El otro punto del estudio se mostró que un 48% no presentaban síntomas en la lesión. Cuadro 8

Cuadro 8.

Descripción	casos	%
Cambio de coloración	37	12.3%
Prurito	50	16.7%
Dolor	9	3.0%
Sangrado	71	23.7%
Sin síntomas	144	48.0%

5. Discusión

Se han realizado durante algún tiempo campañas de prevención de cáncer de piel y brindando información sobre ella, ya que el diagnóstico precoz de la enfermedad puede minimizar el impacto de la enfermedad. Existen algunos estudios cuyo objetivo ha sido encontrar estos factores asociados al diagnóstico tardío para poder corregirlas. Sin embargo, de acuerdo a la literatura consultada, no hay estudios de tal índole en nuestra población. En este estudio, gracias a la formulación de un cuestionario, nos encargamos de averiguar las características sociodemográficas, de accesos a los servicios de salud, conocimiento de la

enfermedad, así como actividad de detección, ruta diagnóstica y finalmente las manifestaciones clínicas tanto del paciente como las reportadas en el expediente.

Hacemos énfasis que el tener datos de nuestra población si es relevante, ya que en numerosos puntos diferimos de países como Australia, Estados Unidos o Italia de donde provienen algunas publicaciones. Ya comentando sobre nuestro estudio estos factores ya asociados con precisión a un diagnóstico tardío son un medio socioeconómico bajo, escolaridad baja, el vivir solo o ser soltero, así como la falta de conocimiento del Carcinoma Basocelular. Nos interesa demostrar si estas variables identificadas en algunos estudios como factores asociados con el Diagnóstico Tardío también lo eran en nuestra población.

Al contrario de lo reportado en las publicaciones previas, dentro de las variables sociodemográficas estudiadas, la escolaridad y la ocupación tuvieron relevancia con significancia estadística, el resto no lo fue. Consideramos además la edad como factor asociado y en nuestro estudio En un 74.7% tuvieron más de 51 años.

Las variables utilizadas para medir el acceso a los servicios de salud tampoco resultaron relevantes en nuestro estudio. La mayor parte de nuestros pacientes fueron habitantes de la Ciudad de México. En cuanto a la derechohabencia a algún servicio de salud contaban con ella apenas un 38% de los pacientes.

Finalmente, casi un 40% de nuestra población no tenía consulta previa antes de su diagnóstico lo que en nuestro estudio llamo la atención. Es probable que este dato demuestre el poco apego de nuestra población a acudir a un médico salvo cuando es estrictamente necesario o urgente.

El conocimiento del cáncer de piel es un factor determinado con precisión que se asocia a un diagnóstico temprano ya que en nuestro estudio fue un 62.7% que tenían conocimiento de ella y estadísticamente fue relevante. De aquellos pacientes que conocían la existencia del cáncer de piel, un porcentaje importante se enteraron por medio de un médico y en segundo lugar por televisión seguido de medios impresos y revistas. Esta información descriptiva puede servir para futuras campañas para incrementar el conocimiento de la población y promover que acudan al médico en cuanto se observen alguna lesión sospechosa.

La actividad de detección más trascendental fue la auto revisión de la piel. Aunque no investigamos el número de ocasiones en los que cada paciente lo hacía por año, la pregunta fue encaminada a si lo realizaban o no. Un 30.3% de los pacientes si lo hacían y el resto no.

Dada la naturaleza visible del Carcinoma Basocelular, este tumor puede ser descubierto más fácilmente que otros tipos de cáncer. Por lo que estudiar los tiempos en la ruta diagnóstica fue fundamental ya que es clave agilizar el diagnóstico para lograr una detección temprana. A pesar de ello, nuestro estudio indica que la mayoría de los pacientes con Carcinoma Basocelular demoran al menos meses en consultar a los médicos para un diagnóstico definitivo después de darse cuenta de la lesión. El problema del retraso en la comunicación para el diagnóstico de pacientes con Carcinoma Basocelular fue analizado Husein Husein-EIAhmed y colaboradores obtuvieron una mediana de tiempo de espera de 1.64 años en promedio. En otro estudio por Blackford y sus colaboradores quienes encontraron que el tiempo medio desde la aparición de una lesión cutánea hasta

la primera visita del médico fue de más de 2 años. Un estudio realizado por Antoszewski y CoUeagues indicó un retraso aún mayor, con un lapso de tiempo de 2,7 años en promedio. En el presente estudio, obtuvimos cifras ligeramente inferiores, con una mediana de 15 meses. La investigación más relevante se ha centrado en el melanoma y, en menor medida, en otros tipos de cáncer.

En el caso del segundo tiempo que es entre la primera consulta y el diagnóstico definitivo resultó un promedio de tiempo que se tardaron en diagnosticar de 1 mes con un rango de algunos días a 9 meses.

Decidimos estudiar el tiempo entre el diagnóstico y tratamiento, aunque no fuera objetivo del estudio, resultando con una media de 2 meses.

Las características clínicas obtenidas del expediente como el diámetro de la lesión donde se observó una media de 7mm. Fue de esperarse que la topografía reportara en su mayor porcentaje del 90.3% en cara seguido de tórax y piel cabelluda.

Recopilando, podemos decir que en un sector de la población mexicana los factores asociados al diagnóstico tardío del Carcinoma Basocelular son: escolaridad menor o igual a 9 años (Básica), el no realizar una autoexploración de la piel con regularidad, tardarse más de 6 meses en acudir al médico después de haber detectado una lesión sospechosa, el acudir de primera instancia a un médico que no sea especialista en dermatología para evaluar la lesión pigmentada, una tardanza mayor a 50 días para llegar a un diagnóstico definitivo, acudir a más de un médico en la búsqueda de un diagnóstico, que el diagnóstico

definitivo no sea realizado por un dermatólogo, tener un diámetro de la lesión pigmentada mayor a 10mm, la presencia a la exploración física de crecimiento y manifestaciones clínicas adicionales como numerosos tonos de pigmento, ulceración y sangrado de la lesión.

Es de importancia tomar en cuenta los resultados de este estudio para valorar a futuros estudios de mayor dimensión donde seguramente se reproducirá lo encontrado en nuestro trabajo. De igual forma es imperativo la realización de campañas tanto en la población en general como en el personal médico, en primero lugar para promover la detección por el mismo paciente, una vez logrado esto, que el paciente acuda pronto a un médico, de preferencia dermatólogo en caso de la detección de una lesión pigmentada sospechosa. Pero de igual forma, capacitar a los médicos en general para no confundir uno de los canceres más comunes en nuestra población y por lo tanto retrasar el diagnóstico. Un carcinoma basocelular diagnosticado en tiempo oportuno puede disminuir el tamaño de la cicatriz y estéticamente ser aceptable.

6. Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS AL DIAGNOSTICO TARDIO DE CARCINOMA BASOCELULAR

Yo,entendiendo que soy voluntario para un estudio donde se determinaran los factores asociados al diagnóstico tardío de Carcinoma Basocelular. El propósito es obtener información que ayude a entender porque en algunos casos los pacientes que presentan Ca. Basocelular se identifican en etapas avanzadas, Los médicos investigadores me ha informado que en ningún momento se me realizara ningún procedimiento con fines de este estudio. Estoy al tanto de mi diagnóstico y sé que este estudio no implica modificaciones en mi tratamiento solamente se requiere de mi colaboración para llenar un cuestionario. Entiendo también que los datos que yo proporcione serán confidenciales y que puedo hacer cualquier pregunta a mis médicos, así como retirarme del estudio en cualquier momento.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

FECHA:

FACTORES ASOCIADOS AL DIAGNOSTICO TARDIO DE CARCINOMA BASOCELULAR

Hoja de recolección de datos

Nombre:

Edad:años cumplidos

Sexo:

Estado civil:

Teléfono:

Escolaridad (número de años completos) a partir de educación primaria.....

Ocupación (nombre del puesto):

Estrato socioeconómico (en el cual se encontraba el paciente cuando identifico por primera vez la lesión)

1. Estrato I 2. Estrato II 3. Estrato III 4. Estrato IV 5. Estrato V

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
1. Profesión del Jefe de familia	1	Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciales, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas armadas (si tienen un rango de estudio superior Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores Obreros especializados y parte del sector informal (con primaria terminada) Obreros no especializados y otra parte del sector de la economía (sin primaria completa)
	2	
	3	
	4	
	5	
2. Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o de su equivalente Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria) Analfabeta
	2	
	3	
	4	
	5	
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida Ganancia o beneficios, honorarios profesionales Sueldo mensual Sueldo semanal por día, entrada a destajo Donaciones de origen público o privado
	2	
	3	
	4	
	5	
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de lujos Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficiente espacio Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y2 Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	2	
	3	
	4	

	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas
--	---	---

Puntaje:

ACCESO DE LA ATENCION A LOS SERVICIOS DE SALUD ANTES DEL DIAGNOSTICO DE CARCINOMA BASOCELULAR

1. Lugar donde vivía cuando identifico por primera vez la lesión (población y estado de la república)
2. Cuando observo por primera vez la lesión (Indicar fecha))(día/mes/año)
3. ¿Contaba usted con algún servicio de atención medica como IMSS, ISSSTE, etc.? (en caso de respuesta afirmada indicar cuál)

SI NO

¿Cual?

4. ¿Cuántas veces POR AÑO, ACOSTRUMBABA ACUDIR con su médico general o familiar antes de que se percatara de la lesión?.....consultas

ACTIVIDADES DE DETECCION DEL PACIENTE, DEL PERSONAL DE SALUD O MEDIOS DE COMUNICACION “Antes de identificar la lesión sospechosa”

1. ¿Se había enterado que la piel se podía desarrollar cáncer?
SI
NO
2. ¿Cómo se enteró? (puede seleccionar más de una respuesta)
 - Lo vio en la televisión
 - Lo escucho en el radio
 - Lo leyó en una revista, periódico u otro material impreso
 - La informo un medico
 - La informo otro profesional de salud (no medico)
 - Otro.....
3. ¿Usted está acostumbrada a revisarse toda la piel de su cuerpo?
SI
NO
4. ¿Su médico la reviso de la piel alguna vez para detectar si tenía alguna lesión sospechosa?
SI
NO
5. ¿Tenía usted algún familiar con cáncer de piel antes de notar la lesión sospechosa?
SI
NO

MANIFESTACIONES CLINCAS Identificadas POR EL PACIENTE AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

1. Tenía usted un “lunar” u otra lesión en el sitio donde se desarrolló el carcinoma basocelular ¿
SI NO
Cual ¿especificar?
2. ¿Ese “lunar” u otra lesión lo tenía desde el nacimiento?
SI
NO
3. ¿Cuáles fueron los síntomas que lo obligaron a acudir al médico?

RUTA DIAGNOSTICA

1. ¿Quién fue la primera persona que detecto la lesión?
2. Mencione la fecha que visito por primera vez por la lesión al médico.
(día/ mes /año)
3. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que usted o alguien identifico la lesión hasta que fue la primera vez a consulta relacionada con la lesión?
.....años.....meses
4. ¿Porque motivo no acudió antes a visitar al médico?
 - Falta de tiempo
 - Falta de dinero
 - “pensé que no era importante”
 - Porque no sabía que podía ser cáncer
 - Otras
5. ¿El primer medico con el que acudió fue?
 - Médico general o familiar
 - Dermatólogo
 - Oncólogo
 - Otro.....
6. ¿Cuánto tiempo paso desde su consulta con el primer medico hasta que se le realizo el diagnóstico definitivo?
.....
7. ¿Durante ese tiempo cuantos médicos la vieron?
.....
8. ¿Qué especialidad tenía el médico que realizo el diagnostico?
.....
9. Fecha de diagnóstico de Carcinoma basocelular en el servicio de Dermato-oncología.
.....(día/ mes/año)
10. Fecha de tratamiento quirúrgico de la misma
.....(día/ mes/año)
11. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que le dijeron que se trataba de carcinoma basocelular hasta que le iniciaron el tratamiento?
.....-

DESCRIPCION DE LA LESION AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

1. Tamaño:mm
 2. Topografía afectada (señalar cual)
 - Cara
 - Piel cabelluda
 - Tronco
 - Extremidad inferior derecha
 - Extremidad inferior izquierda
 - Extremidad superior derecha
 - Extremidad superior izquierda
 - Otras localizaciones
 3. Variedad clínica
 5. Plano
 - Superficial
 - Cicatrizal
 - Esclerodermiforme
 6. Exofíticos
 - Tumoral
 - Pseudoquiste
 - Vegetante
 7. Especiales
 - Multicentrico
 - Fibroepitelioma de Pinkus
 8. Primariamente ulcerado: Ulcus R
-
4. Manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico:
 - Cambio de coloración
 - Prurito
 - Dolor
 - Sangrado
 - Otra

7. Referencias

Bibliografía

- ⁱ American Cancer Society. Cancer facts and figures 2000.
www.cancer.org.2001(Accessed on March 08,2005)
- ⁱⁱ Karangas MR, Stukel TA, Greenberg ER, et al. Risk of subsequent basal cell carcinoma an squamous cell carcinoma of the skin among patients with prior skin cancer. Skin Cancer Prevention Study Group. JAMA 1992; 267:3305
- ⁱⁱⁱ Robinson JK. Risk of developing another basal cell carcinoma. A 5-year prospective study. Cancer 1987; 60:118
- ^{iv} Reizner GT, Chuang TY, Elpern DJ, et al. Basal cell carcinoma in Kuai, Hawaii: the highest documented incidence in the United States. J am Acad Dermatol 1993; 29: 184.
- ^v .Hannuksela- Svahn A, Pukkala E, Karvonen J. Basal cell skin carcinoma and other nonmelanoma skin cancers in Filand from 1956 through 1995. Arch Dermatol 1999; 135:781
- ^{vi} Guía práctica clínica.
www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/...360...BASOCELULAR/360GER.
Zoraida C. López Cruz, Incidencia de carcinoma basocelular y epidermoide, Dermatología Rev. Mex 2007; 51(4): 149-53
- ^{vii} Hernández S, Epidemiología del cáncer de piel en el CDP, 3re congreso internacional de Dermatología de la ciudad de México del Centro Dermatológico” Dr. Ladislao de la Pascua”, S.S.D.F, México, D.F, febrero, 2012
- ^{viii} Scotto, J, Fears, TR, Fraumeni Jr, JF, et al. Incidence of nonmelanoma skin cáncer in the United States in collaboration with Fred Hutchinson Cancer Reserch Center. NIH publication Nro. 83-2433, U.S. Dept. of Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Bethesda, MD 1983: xv. P. 113
- ^{ix} Chuang TY, Popescu A, Su WP, Chute CG Basal cell carcinoma. A population-based incidence study in Rochester, Minnesota. J Am Acad Dermatol 1990; 22:413

-
- x Leffell DJ, Headington JT, Wong DS, et al. Aggressive-growth basal cell carcinoma in young adults. *Arch Dermatol* 1991; 127(1): 1663-1667
- xi Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol* 2006; 155: 401-407
- xii Zanetti R, Rosso S, Martinez C, et al. Comparison of risk patterns in carcinoma and melanoma of the skin in men; a multi- centre case- case- control study. *B J Cancer* 2006; 94:743
- xiii Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. I. Basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1995; 131:157
- xiv Ferrucci LM, Cartmel B, Molinaro AM, et al. Indoor tanning and risk of early-onset basal cell carcinoma. *J AM Acad Dermatol* 2011
- xv Bañon P. Carcinoma basocelular de pene. *Arch. Esp.de Urol.*2000;53:9
- xvi Pérez J Manual de Oncología cutánea, Tesis, México, D.F. 1996; 6: 11
- xvii González E, Carcinoma Basocelular Correlación clínica patológica en el Centro Dermatológico Pascua (2004-2008), Tesis, México, D.F. 2009;56:7-19
- xviii Wrone DA, Swetter SM, Egbert BM, et al. Increased proportion of aggressive – growth basal cell carcinoma in the veterans Affairs population of Palo Alto, California. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:907
- xix Feinsilber, D. G; Kogan, N. N; Lemos, A. M; Cha, D; Pacheco, E; Schroh, R. G, Multicentric basal cell carcinoma: clinical patological correlation of 12 cases, *Rev. Argen Dermatolol* 1997; 78(4):200-7
- xx Husein-Elahmed H, Gutierrez MT, Naranjo R, Aneiros J.J *Cutan Med Surg.* 2013 Jan;17(1):27-32.
- xxi Bath-Hextall FJ 1, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007
- xxii The National comprehensive cancer network (NCCN) guidelines of care for Nonmelanoma skin Cancers *Dermatol Surg* 2000, 26(3) 289-92
- xxiii Atiken J, Janda M, Lowe J, Elwood M, Ring IT. Prevalence of Whole-Body Skin Self- Examination in a Population at High Risk for Skin Cancer(Australia). *Cancer Cases Control* 2004;15: 453-63

-
- ^{xxiv} Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P. Dermatologist detection and skin self-examination are associated with thinner melanomas: results from a survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma. *Arch Dermatol* 2003; 139:607-612
- ^{xxv} Oliveria SA, Christos PJ, Halpern AC, Fine JA, Barnhill RL. Evaluation of factors associated with skin self-examination. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 1999;8:971-978
- ^{xxvi} Swetter SM, Geller AC, Kirkwood JM. Melanoma in the other person. *Oncology* 2004; 39:11-18
- ^{xxvii} Blum A, Brand CU, Ellwanger U, Et al. Awareness and early detection of cutaneous melanoma: an analysis of factor related to delay in treatment. *Br. J Dermatol* 1999; 141: 783-7
- ^{xxviii} Kirkup ME, De Becker DA. Clinical measurement of dimension of basal cell carcinoma: effect of waiting for elective surgery. *Br. J Dermatol* 1999; 141:876-9
- ^{xxix} Alam M, Goldberg LH, Silapunt S, et al. delayed treatment and continued growth of no melanoma skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: 839-48
- ^{xxx} Melody J. Eide et al. Relationship of treatment delay with surgical defect size from keratinocyte carcinoma (basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin *J Invest Dermatol*. 2005 Feb;124(2):308-14.
- ^{xxxi} Husein-Elahmed H. et al Factors related to delay in the diagnosis of basal cell carcinoma. *J Cutan Med Surg*. 2013 17(1):27-32.
- ^{xxxii} Gordon PM et al. Basal cell carcinoma: are early appointments justifiable? *Br J Dermatol*. 2000 Mar; 142 (3): 446 - 8.