

## Comportamiento clínico-epidemiológico del carcinoma espinocelular de piel en la provincia Pinar del Río

*Clinical-epidemiological behavior of squamous cell carcinoma of the skin in the Pinar del Río province*

**Dr. Julio César Camero Machín<sup>1</sup>, Dra. Kiuivys Anuy Echevarría<sup>2</sup>, Lic. Juan Carlos Curbelo Fajardo<sup>3</sup>, Dra. Marian González Quintana<sup>4</sup>, Dr. Juan Carlos González Rodríguez<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de Segundo Grado en Medicina General e Integral y Primer Grado en Dermatología. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba. e-mail: [mfungoide74@gmail.com](mailto:mfungoide74@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8135-6206>

<sup>2</sup> Especialista de Primer Grado en Dermatología. Master en Atención Integral a la mujer. Profesor Asistente. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba. e-mail: [anuy37@nauta.cu](mailto:anuy37@nauta.cu) ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8281-8441>

<sup>3</sup> Licenciado en Enfermería. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Policlínico Universitario Raúl Sánchez. Pinar del Río. e-mail: [curbelo.fajardo@infomed.sld.cu](mailto:curbelo.fajardo@infomed.sld.cu) ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9734-4875>

<sup>4</sup> Especialista de Primer Grado en Dermatología. Instructor. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba. e-mail: [jcmm7473@yahoo.com](mailto:jcmm7473@yahoo.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4317-7378>

<sup>5</sup> Especialista de Primer Grado en Dermatología. Profesor Asistente. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio. Pinar del Río. Cuba. e-mail: [latierramasbella52@gmail.com](mailto:latierramasbella52@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3147-2177>

### RESUMEN

El carcinoma espinocelular es un tumor maligno derivado de queratinocitos epidérmicos, con potencial metastásico, su incidencia va en aumento mundialmente. Con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico epidemiológico del carcinoma espinocelular cutáneo se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo a los pacientes diagnosticados de cáncer de piel en los hospitales "León Cuervo Rubio", "Abel Santamaría" y "Tercer Congreso" de la ciudad Pinar del Río, en el período comprendido de enero de

2018 a diciembre 2019. El universo estuvo integrado por 187 pacientes y la muestra fue de 91 pacientes, que tenían el diagnóstico histopatológico de carcinoma espinocelular. Para la obtención de la información se utilizaron los informes de biopsias. Se aplicaron modelos de investigación cuantitativos y cualitativos. El grupo etario más representado fue el de 60 años y más con 45 pacientes (49.4 %), predominó el sexo masculino, 54 pacientes (59.3 %). La mayoría de los pacientes correspondieron al color de piel blanca, representando el 58.2 %. La procedencia rural fue la más frecuente con el 54.9 %. En la ocupación sobresalieron los campesinos con el 36.3 %. La forma de presentación más frecuente fue la ulcerada (34.1 %) y la localización más común en la región de cabeza y cuello, 37 pacientes para un 40.7 %. Se encontró un predominio de pacientes con lesiones precancerosas (95.6 %), El diagnóstico patológico más habitual fue el de carcinoma espinocelular bien diferenciado (63.7 %). El carcinoma espinocelular es un importante problema de salud, y debido a su localización cutánea permite su pronta detección y así evitar complicaciones; siendo el escenario de atención primaria el eslabón fundamental para su prevención y diagnóstico oportuno.

**Palabras clave:** carcinoma espinocelular, cáncer cutáneo no melanoma, atención secundaria de salud

## **SUMMARY**

Squamous cell carcinoma is a malignant tumor derived from epidermal keratinocytes, with metastatic potential, its incidence is increasing worldwide. In order to characterize the clinical epidemiological behavior of cutaneous squamous cell carcinoma, a descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out on patients diagnosed with skin cancer in the "León Cuervo Rubio", "Abel Santamaría" and "Tercer Congreso" hospitals of the Pinar del Río city, in the period from January 2018 to December 2019. The universe consisted of 187 patients and the sample was 91 patients, who had the histopathological diagnosis of squamous cell carcinoma. Biopsy reports were used to obtain the information. Quantitative and qualitative research models were applied. The most represented age group was 60 years and over with 44 patients (48.4%), the male sex predominated, 54 patients (59.3%). Most of the patients corresponded to white skin color, representing 58.2%. Rural origin was the most frequent with 54.9%. In

the occupation, the peasants stood out with 36.2%. The most frequent form of presentation was ulcerated (34.1%) and the most common location in the head and neck region, 37 patients for 40.7%. A predominance of patients with precancerous lesions was found (95.6%). The most common pathological diagnosis was well-differentiated squamous cell carcinoma (63.7%). Squamous cell carcinoma is an important health problem, and due to its cutaneous location allows its early detection and thus avoid complications; the primary care setting being the fundamental link for its prevention and timely diagnosis.

**Keywords:** squamous cell carcinoma, non-melanoma skin cancer, secondary health care

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma espinocelular de piel (CEC) constituye el 10-20 % de todas las neoplasias malignas cutáneas y es el segundo cáncer cutáneo en frecuencia después del carcinoma basocelular (CBC). El origen celular es el queratinocito epidérmico, que sufre una transformación maligna debido a las mutaciones inducidas por la radiación ultravioleta. Suele ser muy frecuente en las personas de piel clara, y por fortuna tiene una tasa de curación mayor del 95.0 % si se detecta y trata de forma precoz. Hay un subtipo de CEC que puede ser muy agresivo, con una extensa destrucción tisular, recurrencias locales, metástasis y muerte. La patogenia del carcinoma espinocelular se relaciona de forma constante con la radiación ultravioleta y puede tener diferentes formas de presentación clínica e histológica.<sup>1,2</sup>

En el mundo se registran anualmente de dos a tres millones de casos de cáncer de piel no melanoma y 160 000 casos de melanoma maligno. Una de cada seis personas padecerá una neoplasia cutánea maligna a lo largo de su vida. En la población general, el carcinoma basocelular es más frecuente que el carcinoma espinocelular con una relación de 4:1. Sin embargo, debido a su mayor tendencia a recurrir y metastizar, el CEC produce la mayoría de las muertes debidas a cáncer de piel no melanoma.<sup>1,3</sup>

El carcinoma espinocelular afecta sobre todo a varones blancos de edad avanzada, y su incidencia aumenta de forma marcada después de los 40 años de edad. Los hombres se afectan con una frecuencia dos – tres veces mayor que las mujeres. Estas diferencias en los distintos géneros se pueden explicar por las

profesiones al aire libre, la utilización de ropa menos protectora y una mayor acumulación de exposición a la radiación ultravioleta a lo largo de la vida. Estimar la ocurrencia del CEC es difícil, puesto que la mayoría de los registros sanitarios no incluyen el cáncer de piel no melanoma en sus bases de datos. En los países más afectados, se han publicado diferentes cifras. Con diferencia, el mayor suceso de casos se encuentra en Australia, donde se cumplen los dos requisitos necesarios para que aparezca CEC: una intensa exposición a la radiación ultravioleta y una población dominante (92.0 %) de piel clara, y de origen caucásico.<sup>4</sup>

Las razones por las que la incidencia del CEC está aumentando en todo el mundo son numerosas. La mejora del estilo de vida en los países industrializados ha permitido que se dedique más tiempo a realizar actividades al aire libre, y por tanto haya una mayor exposición a la radiación ultravioleta. También la mayor conciencia pública de los signos de alarma del cáncer de piel y la exploración más frecuente han conseguido una detección más frecuente y precoz del carcinoma espinocelular.<sup>3,5</sup>

Alrededor del 80.0 % de los CEC aparecen en zonas expuestas al sol. Los pacientes que tienen mayor riesgo son los de piel clara y una cantidad baja de melanina constitutiva y se queman con facilidad.<sup>3,6</sup> Los africanos con albinismo mucocutáneo tienen disminución o ausencia de la protección que ejerce la melanina, y tienen tasas mayores de CEC que los africanos que no padecen esta enfermedad. Dentro del espectro ultravioleta de la radiación solar, la ultravioleta B (UVB: longitud de onda 290-320 nm) es la que más se relaciona con el desarrollo del carcinoma espinocelular. La ultravioleta B se considera tanto iniciador como promotor de la carcinogénesis cutánea. La absorción de ultravioleta B por el ácido desoxirribonucleico (ADN) de los queratinocitos epidérmicos induce una mutación característica en el ADN en los dímeros de pirimidina, que están adyacentes a nucleótidos de pirimidina (C-C o T-C) en la misma cadena de ADN. Este comienzo puede causar errores durante la replicación y transcripción del ADN, y produce unos efectos muy deletéreos cuando se alteran genes supresores tumorales u oncogenes. En el xeroderma pigmentoso, una enfermedad en la que existe incapacidad de reparar estas mutaciones, aparecen numerosos cánceres de piel, entre ellos, carcinoma espinocelular.<sup>7</sup>

Otros factores etiológicos del CEC son los carcinógenos químicos. Entre los agentes mejor documentados están los hidrocarburos aromáticos policíclicos. Entre ellos está el hollín, la hulla y el alquitrán, el aceite de esquisto y los aceites minerales. La exposición ocupacional a estos compuestos produce muchas neoplasias malignas ya reconocidas. El arsénico es otro carcinógeno importante en el desarrollo del cáncer y los pacientes desarrollaban queratosis por arsénico en las extremidades y carcinoma espinocelular en su forma agresiva. La piel con previa lesión o con dermatitis crónica también tiene un mayor riesgo de desarrollar carcinoma espinocelular.<sup>8</sup>

En los últimos 30 años se ha observado un aumento en la incidencia de CEC a nivel mundial. En Australia, se detecta un incremento del 51.0 % entre 1985 y 1990.<sup>4</sup> Otros estudios realizados en New Hampshire entre 1979 y 1994 documentan un incremento aproximado del 300 %.<sup>9</sup> En Noruega, se describe un aumento de 3 a 4 veces la tasa de incidencia en 30 años.<sup>6</sup> En Chile, en un estudio de cinco hospitales públicos de la Región Metropolitana, las tasas de aparición fluctuaron entre 3.3 (1992) y 6.9 (1995) por 100.000 habitantes.<sup>10</sup> La incidencia máxima observada para CEC fue de 6.9/100.000 habitantes en el año 1995 y acorde a la tendencia mundial, se ha observado un aumento en los últimos años ya que las tasas de CEC se acrecentaron a un 86.0 % entre 1992-1998. Este incremento es similar a lo observado en otros países de América Latina.<sup>10</sup>

Debido a que el cáncer de piel no melanoma es de crecimiento lento y de muy baja mortalidad, se le ha concedido poca importancia, lo que ocasiona el subregistro de los casos, porque muchos son tratados sin estudio histopatológico confirmatorio. Sin embargo, esta enfermedad puede tener un gran poder destructivo, y resaltan las repercusiones funcionales, laborales, económicas, sociales y negativas implicaciones estéticas, además de que el carcinoma espinocelular de piel implica un factor de riesgo de padecer otros cánceres y recurrencias de acuerdo con el patrón histológico.<sup>3</sup>

Al saber que el cáncer constituye una de las primeras causas de muerte en el mundo y que el cáncer se incrementa con la edad debido a que existe un periodo mayor de exposición a numerosos agentes causales; que al envejecer se producen cambios físicos y psíquicos que provocan enfermedades; y que en relación con otros factores, como el hábito de fumar y el alcoholismo; hacen a los adultos susceptibles a neoplasias; se considera el CEC un tema pertinente a

tratar y con la alta presencia del CEC en la población pinareña, se pretende con el estudio caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico del CEC en la provincia Pinar del Rio y de esta forma incentivar el nivel científico de los dermatólogos y residentes, educar a la población sobre dichas patologías y dirigir la enseñanza del médico de la familia hacia aquellas entidades que por su mayor prevalencia deben enfrentar cada día, para realizar actividades de prevención y evitar complicaciones más graves.

## **MÉTODOS**

Se realizó una investigación descriptiva, de corte longitudinal y retrospectiva con la finalidad de caracterizar clínica y epidemiológicamente a todos los pacientes con carcinoma espinocelular cutáneo diagnosticados por histopatología en los servicios de anatomía patológica de los Hospitales “León Cuervo Rubio”, “Abel Santamaría Cuadrado” y “Tercer Congreso” de la ciudad Pinar del Rio, en el periodo comprendido de enero de 2018 a diciembre de 2019.

El universo estuvo constituido por 187 pacientes, que representan la totalidad de pacientes diagnosticados con carcinoma de piel por medio de las biopsias de los departamentos de anatomía patológica de las instituciones de salud donde se desarrolló la investigación. La muestra la conformaron 91 pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma espinocelular, utilizándose un muestreo intencional por criterios.

Criterios de inclusión: pacientes cuyos estudios histopatológicos en el periodo de estudio fueron de carcinoma espinocelular cutáneo.

Criterios de exclusión: pacientes que presentaron resultados de biopsias neoplásicas de tipo melanocíticas, carcinoma basal, o lesiones melanocíticas benignas y se eliminaron los informes que estaban incompletos y pacientes en edades pediátricas. Se esclarece que en el estudio no hubo pacientes con dos lesiones con cáncer de piel.

Se realizó el análisis documental de los resultados de boletas de biopsias de los departamentos de anatomía patológica de las entidades incluidas en la investigación, y para los factores predisponentes asociados a la enfermedad se utilizó un interrogatorio posterior al resultado del estudio histopatológico. Se realizó análisis de la bibliografía consultada, textos de referencia para el objeto de estudio, reportes estadísticos de cáncer de las mismas entidades, así como los

registros de trabajo de los autores por medio de una base de datos, que se corresponden al período en que se desarrolló la investigación.

El diagnóstico de cáncer de piel se sustentó en los criterios que se establecen en la literatura biomédica y se hizo mediante el examen de la piel reflejado en las órdenes de biopsias y el resultado confirmativo de la biopsia de piel.

Se establecieron como criterios histopatológicos de carcinoma espinocelular, la presencia de queratinocitos atípicos que sobrepasan la membrana basal y dermis. Todos los datos fueron registrados en una base de datos creada en Excel y procesados por el sistema estadístico Epiinfo. Utilizando el análisis e interpretación de los resultados a través de los métodos de la estadística descriptiva en muestras paramétricas con media porcentual en las variables cualitativas. Para la asociación de variables se hizo utilizó la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) con un nivel de confiabilidad del 95 por ciento. Los resultados quedaron reflejados en forma de tablas y gráficos.

Aspectos éticos: los datos fueron utilizados con fines científicos. Los datos personales recogidos de los pacientes no se revelaron, garantizando confidencialidad a los mismo.

## **RESULTADOS**

La Tabla No. 1 muestra la distribución de pacientes según el edad y sexo con carcinoma espinocelular y en cuanto a los grupos de edades no se distribuyeron homogéneamente ( $\chi^2= 11,71$ ;  $p=0,007$ ;  $p< 0,01$ ), siendo los más representados en el estudio las edades de 60 años y más con 45 pacientes, lo que representa un 49.4 %, seguido por el grupo de 50 - 59 años, con un total de 27 pacientes, para un 29.7 %, sin diferencias significativas. En cuanto al sexo, se encontró que en la enfermedad en sentido general hay un predominio de hombres, con 54 pacientes, para un 59.3 % ( $\chi^2=33,25$   $p= 1,11E-12$ ), con un resultado significativo.

Tabla No. 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupo de edades (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 29	1	1.1	2	2.2	3	3.3
30 – 39	2	2.2	4	4.4	6	6.6
40 – 49	3	3.3	7	7.7	10	11.0
50 – 59	12	13.2	15	16.5	27	29.7
60 y más	19	20.9	26	28.5	45	49.4
TOTAL	37	40.7	54	59.3	91	100.0

\* $\chi^2= 11,71$      $p=0,007$      $GI=3^{**}\chi^2=33, 25$      $p= 1,11E-12$      $GI=2$

En la distribución de los pacientes con carcinoma espinocelular cutáneo según el color de la piel, se encontró que la mayoría correspondió al color de piel blanco, representado por 53 pacientes que constituyeron un 58.2 %, seguido por los pacientes de tez mestiza con 25 pacientes para un 27.5 % y finalmente; los pacientes con tez negra fueron los de menor representación con 2 pacientes para un 2.2 %.

En la Tabla No. 2 se agruparon los casos de CEC según lugar de procedencia y ocupación. Al aplicar el método estadístico se observan diferencias significativas en cuanto a la procedencia rural de los pacientes que representa el 54.9 %. Sobre la ocupación de los pacientes sobresalieron los campesinos y obreros que representaron 36.3 % y 27.4 %, sin diferencias significativas.

Tabla No. 2. Distribución de la muestra según lugar de procedencia y ocupación

Ocupación	Lugar de procedencia					
	Rural		Urbana		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Campesino	19	20.9	14	15.4	33	36.3
Obrero	16	17.5	9	9.9	25	27.4
Universitario	6	6.6	8	8.8	14	15.4
Desocupado	9	9.9	10	11.0	19	20.9
Total	50	54.9	41	45.1	91	100.0

$\chi^2= 3.55$      $p= 0,001$      $GI=1$

Al analizar la Tabla No. 3, se puede apreciar la distribución de pacientes según las formas clínicas de la enfermedad, evidenciándose la presencia de 31 pacientes con formas ulceradas, representando el 34.1 %, seguido de las formas superficiales y nodulares con 26.4 % y 23.1 %, respectivamente.

Tabla No. 3. Distribución de la muestra según formas clínicas

<b>Formas clínicas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Ulcerado	31	34.1
Superficial	24	26.3
Nodular queratósico	21	23.1
Vegetante	14	15.4
Epiteliomatosis múltiple	1	1.1
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100.0</b>

En la distribución porcentual de pacientes con diagnóstico de CEC según topografía del tumor se detectó que la localización más frecuentemente afectada fue la región de cabeza y cuello con 37 pacientes para un 40.7 %; seguida de las extremidades con 23 pacientes para un 25.3%. La región que menos incidencia tuvo durante el estudio fue la de las mucosas y sobre lesiones de cicatrices

La distribución de pacientes con carcinoma espinocelular según factores predisponentes asociados, se muestra en la Tabla No. 4, donde hubo predominio de pacientes con lesiones precancerosas para un 95.6 %, seguido de la exposición a radiaciones solares para un 87.9 %, y pacientes con piel blanca, ojos y pelo claros que significaron un 63.7 %.

Tabla No. 4. Distribución de la muestra según factores predisponentes asociados a la aparición de la enfermedad

<b>Factores de riesgo predisponentes</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Lesiones precancerosas	87	95.6
Radiación solar	80	87.9
Ojos y pelo claros	58	63.7
Hábitos tóxicos	54	59.3
Químicos: cal, arsénico, psoralenos	18	19.8
Dermatitis inflamatorias crónicas	17	18.7
Genodermatosis preexistente	3	3.3

El grado de diferenciación histológica se muestra en la Tabla No. 5. El diagnóstico patológico más frecuente fue el de carcinoma espinocelular bien diferenciado (63.7 %), seguido del moderadamente diferenciado con 24.2 %.

Tabla No. 5. Distribución de la muestra según diferenciación histológica

<b>Tipos histológicos</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Bien diferenciado	58	63.7
Moderadamente diferenciado	22	24.2
Poco diferenciado	6	6.6
No determinado	5	5.5

## **DISCUSIÓN**

Como se puede apreciar existe un predominio de hombres, y su aparición está en relación directa a una mayor exposición y actividad frecuente al sol en los hombres y en cuanto a la edad arrojada en este trabajo, se plantea firme asociación de la enfermedad con el aumento de la longevidad, y se observa hoy día un aumento agudo de la incidencia después de los 40 años, lo que coincide con la literatura consultada.<sup>5</sup>

Rojas CN y colaboradores, destacan que el carcinoma espinocelular en el sexo femenino es creciente, debido, entre otros factores, a la incorporación de la mujer a profesiones que de forma clásica son reservadas a los varones, sin embargo, es de enfatizar que el cabello largo, y el uso de lápiz labial pueden explicar la menor

frecuencia de CEC en las orejas y los labios de las mujeres, y en este trabajo resulto menos significativa la presencia del CEC en las mujeres.<sup>7</sup>

En su investigación Bordelois JA, explica que el mayor número de enfermos con cáncer cutáneo, estuvieron en edades comprendidas entre 60 a 80 años, y concuerda con el trabajo realizado. Se explica porque el mayor número de personas afectadas aparecen generalmente después de la quinta y sexta década de la vida, y la presencia de las lesiones obedece a la exposición solar crónica a través de los años y dado al envejecimiento cronológico que facilita la aparición de la malignidad.<sup>4</sup>

En estudios realizados en Estados Unidos se registró que el 80 % de los pacientes de raza blanca tenían mayor tendencia a desarrollar lesiones precancerosas de la piel. En relación con el color de la piel, predominó el cáncer cutáneo de tipo CEC en pacientes de piel blanca; al señalar que la capacidad que tiene la piel para defenderse de los efectos de la radiación solar mediante la pigmentación cutánea, explica por qué hay una menor incidencia de los tumores en la piel negra con una relación inversa entre la pigmentación de la piel y la incidencia del CEC por efecto protector de la melanina, aún en los climas tropicales; en tanto que las personas de piel blanca, debido a su relativa incapacidad para broncearse, son especialmente vulnerables, y esto coincide con el presente estudio.<sup>11</sup>

Según Metterle L y colaboradores,<sup>12</sup> plantean que hoy día el riesgo de aparecer un CEC en el transcurso de la vida en los sujetos de raza blanca es de alrededor el 15 %, casi el doble que hace dos décadas atrás. Se ha encontrado que variantes genéticas del receptor M1CR, involucrado en la melanogénesis, que codifica el receptor de melanocortina 1 es un determinante importante de la pigmentación de la piel y el color del cabello, el cual es muy polimorfo con más de 20 variantes descritas y se asocia con mayor riesgo de CEC que es independiente al tipo de color de piel y color del cabello. Según lo anterior, una explicación genética molecular y de factores fenotípicos evidencia la asociación entre carcinoma epidermoide, piel blanca y cabello rubio o rojo.

En la raza negra se presenta con menor incidencia, ya que se considera que la alta cantidad de melanina tiene un efecto protector en la aparición del carcinoma espinocelular, pero no en el pronóstico una vez que se presenta la enfermedad, ya que se ha observado una tendencia al desarrollo de lesiones en ubicaciones

atípicas (protegidas del sol), de tipo distal (acral), subungueal y en mucosas. Este tipo de presentación poco evidente hace que el diagnóstico sea más tardío y con mayores complicaciones.<sup>13</sup>

Sobre los resultados obtenidos con respecto a la procedencia rural de los pacientes y la incidencia del CEC, los autores manifiestan que se debe a la mayor exposición a radiaciones ultravioletas de las personas que viven en el campo y se exponen más tanto por cuestiones ocupacionales (trabajan la agricultura), mayor actividad al aire libre, cambios en el modo de vestir, y la depleción de la capa de ozono, así como el traslado hacia otros lugares de trabajo, estudio, etc., hacen que estén más expuesto al daño solar acumulativo. Y en cuanto a la ocupación no se encontró similitudes en otras investigaciones realizadas, no obstante, los autores del trabajo consideran que eso se debe a que el efecto de los rayos ultravioletas es acumulativo como se ha mencionado y afecta más el sol de los primeros 20 años de vida, en especial los de los primeros 5 años, lo cual si aparece reflejado en la literatura.<sup>5-9</sup>

Con respecto a las formas clínicas de CEC, en el trabajo predominaron la formas clínicas ulceradas, lo que coincide con la literatura consultada.<sup>8</sup> Hay estudios que discrepan con el trabajo realizado y refieren al queratoacantoma como la variante clínica más frecuente. La literatura consultada hace mención al queratoacantoma y plantean que es un subtipo de carcinoma espinocelular dado su poder destructivo, agresividad y con potencial para proporcionar metástasis. Es una variante que ha contribuido a elevar la incidencia del CEC,<sup>9, 10</sup> pero no fue objeto de estudio en el trabajo realizado.

Las lesiones en cabeza estuvieron localizadas principalmente en cara, cuero cabelludo, mejillas y labio inferior (bermellón), relacionadas con piel dañada por el sol, telangiectasias, lesiones premalignas de queratosis actínicas, hábito de fumar y alcoholismo de larga data, así como lesiones de queilitis actínicas las de localización en labio inferior, y las lesiones en el cuello prevalecieron en regiones laterales del mismo y retro auriculares. Como se puede apreciar ocurren en zonas foto expuestas del cuerpo, lo que coincide con el estudio de Tellez Lorente M y colaboradores.<sup>14</sup>

Los CEC de tronco y extremidades están asociados con la exposición a rayos ultravioleta de manera intermitente, por lo habitual son zonas del cuerpo más cubiertas a la luz solar, aunque las extremidades superiores si presentaron mucho

más daño por luz solar, por la presencia de más lesiones de queratosis actínicas en el dorso de las manos. La presentación en cabeza y cuello se asocia con la exposición más continua a rayos ultravioleta.<sup>2-5</sup>

El poco predominio del CEC en las mucosas y sobre lesiones de cicatrices por dermatosis crónicas, obtenidos en el presente trabajo, pudiera deberse a una baja percepción del riesgo en los pacientes, ya que, según estudios de Muranushi C y colaboradores,<sup>15</sup> en algunos casos solo se le da cierta importancia a las lesiones que aparecen en zonas estéticas, y se subvalora la transformación de lesiones persistentes, siendo estas muy propensas a la aparición del CEC y malignidad, debido a que sufren mayor traumatismo que en otras zonas del organismo.

En estudios internacionales respecto a las localizaciones de CEC según género, se puede observar que, tanto en varones como en mujeres, la localización más frecuente corresponde a cara; los cuales sitúan a cabeza, cara y cuello como las localizaciones más frecuentes de CEC en la población general. Además, existen evidencias que la incidencia de CEC es 20 veces más frecuente en cara respecto al resto del cuerpo, comparado con el melanoma, el cual presenta solo 4 veces mayor frecuencia, lo que concuerda con el presente estudio.<sup>13, 16</sup>

El precursor más frecuente de carcinoma espinocelular en poblaciones de raza blanca es la queratosis actínica. Este dato es muy importante desde el punto de vista práctico, ya que el diagnóstico y el tratamiento adecuado de esta lesión precancerosa es de gran importancia en la profilaxis del CEC. La exposición a las radiaciones solares al vivir en una zona de disposición geográfica con clima tropical y una intensa exposición, constituyó el factor más importante y se explica por el efecto que se produce a nivel del gen supresor p53 y sus cambios moleculares y porque produce cambios irreversibles y daña el ADN.<sup>13</sup>

El daño crónico del sol se suma al envejecimiento intrínseco de la piel y es mayor cuanto más prolongada es la exposición solar, algo evidente cuando se compara la piel foto envejecida con la de las zonas no fotoexpuestas del mismo individuo. Además, las actividades laborales, culturales y el desconocimiento de la enfermedad por parte de la población son pilares para la formación de esta neoplasia.<sup>9</sup>

El tabaquismo y el consumo de alcohol también predominaron en el presente estudio y son importantes factores de riesgo reconocidos, atribuyéndose un efecto en 75 % de los casos, con un efecto sinérgico cuando son combinados y coincide

el presente trabajo con autores internacionales.<sup>6-9</sup> El tabaco y el consumo de alcohol se asocian con cáncer de cavidad oral y faringe. Los grandes consumidores de tabaco tienen entre 5 a 25 veces más riesgo de desarrollar CEC comparados con los no fumadores, siendo la estimación clásica 10 veces más. El efecto directo de la nicotina y los hidrocarburos aromáticos policíclicos contenidos en el tabaco está considerado carcinogénico. La mutación de la proteína que codifica el gen p53, un gen supresor de tumores, se ha asociado también con exposición a tabaco y alcohol.<sup>17</sup>

Al evaluar el grado de diferenciación celular tumoral, se aprecia que a medida que disminuye el grado de diferenciación tumoral se incrementa la capacidad de producir metástasis, pero en este trabajo, al igual que en estudios realizados a nivel internacional se observó predominio del carcinoma espinocelular bien diferenciado (CEBD), que guarda relación con los grados I y II de Broders, que significa que más del 50 % de los pacientes presentan células bien diferenciadas y por tanto mejor pronóstico y menos propensión a desarrollar metástasis, diagnosticándose el cáncer en etapas tempranas.<sup>18</sup>

El riesgo de aparición de metástasis tiene una relación con el tamaño del tumor (mayor de 2 cm), grado de diferenciación, profundidad del tumor, y sitio afectado ya que se sabe que en mucosas o semimucosas es mucho más agresivo, así como de la inmunocompetencia del paciente.<sup>17, 18</sup>

En general será bueno el pronóstico si las lesiones se diagnostican en forma temprana. Sin embargo, las metástasis y el grado de invasión dependerán de factores de riesgo entre los cuales se deben tomar en cuenta: el tamaño mayor a 2 cm, la velocidad de crecimiento, el sitio anatómico, ya que se sabe que son más agresivos en mucosas o semimucosas, así como la etiología, pues los que aparecen sobre queratosis actínicas son menos agresivos que en cicatrices de quemadura. Otros factores son el grado de diferenciación histológica, mientras menos diferenciados peor pronóstico y la inmunosupresión que da un comportamiento más agresivo.<sup>19</sup>

## **CONCLUSIONES**

Los resultados indican la presencia de una neoplasia maligna de piel que se observa con predominio en hombres mayores de 60 años, de procedencia rural y campesinos; que se localiza principalmente en zonas cien por ciento

fotoexpuestas (cabeza y cuello). La forma clínica que predominó fue la ulcerada y como factor predisponente predominaron las lesiones precancerosas de larga data y la exposición a radiaciones solares acumulativas. Histológicamente se evidenció buen grado de diferenciación en las lesiones que hablan a favor de buen pronóstico. Importante problema de salud que debido a su localización cutánea permite su pronta detección y así evitar complicaciones, siendo el escenario de atención primaria el eslabón fundamental para su diagnóstico oportuno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Massó D, Chacón Oduardo E, Almenares Soria L. Presentación clínica atípica del carcinoma epidermoide cutáneo. Rev Cub Med Militar [en línea]. 2016 [citado: 2019 Jun 11]; 45 (2): 215-220. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572016000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000200010&lng=es)
2. Uribe Bojanini E, Londoño García AM, Jiménez Calfat G, Sanabria Quiroga AE, Mejía Montoya ME. Carcinoma escamocelular de piel de alto riesgo: definición, diagnóstico y manejo. Med Cutan Iber Lat Am [en línea]. 2017 [citado 2019 May 18]; 45 (1): 8-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2017/mc171b.pdf>
3. Fernández Martell RM, Legra Lezcano A, Sánchez Fernández CM. Comportamiento del cáncer de piel en el Policlínico Universitario Héroes del Moncada, en Cárdenas. Estudio de 10 años. Rev Med Electr [en línea]. 2016 [citado 2019 Dic 18]; 38(3). Disponible en: [http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1538/pdf\\_110](http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1538/pdf_110)
4. Bordelois-Abdo JA, Lagos-Ordoez KJ, López-Mateus M. Cáncer de piel no melanoma en adultos mayores de hogares de ancianos, Guantánamo 2017-2019. Rev Inf Cient [en línea]. 2020 [citado 2020 Sep 30]; 99(3): 200-208. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2926>
5. Reyes Álvarez M, Blasco Morente G, Aránega Jiménez A. Cáncer cutáneo no melanoma. Actual. Méd [en línea]. 2018 [citado 2019 Oct 15]; 103 (803): 26-32. Disponible en: [https://actualidadmedica.es/articulo/803\\_re01/](https://actualidadmedica.es/articulo/803_re01/)

6. Domínguez-Cherit J, Rodríguez-Gutiérrez G, Narváez Rosales V, Toussaint Caire S, Fonte Avalos V. Características del carcinoma epidermoide cutáneo y riesgo para el desarrollo de recidivas con cirugía convencional y cirugía con transoperatorio tardío. *Cirugía y Cirujanos* [en línea]. 2017 [citado 2019 May 9]; 85(6):499-503. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-pdf-S0009741116301347>
7. Rojas Caraballo N, Baza García Y, Abijana Damien G, Aroche Domínguez ME, Lagos Ordoñez KJ. Dermatitis precancerosa y cancerosa en pacientes ingresados en hogares de ancianos, Guantánamo 2016-2017. *Rev Inf Cient* [en línea]. 2019 [citado 2019 May 9]; 98 (6): 713-720. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332019000600713&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000600713&lng=es).
8. Güémez Graniel MF, Plascencia Gómez A, Graniel Lavadores MJ, Dzul Rosado K. Epidemiología del cáncer de piel en el Centro Dermatológico de Yucatán 2012. *Dermatol Rev Mex* [en línea]. 2015 [citado 2019 Jul 1]; 59 (1): 9-18. Disponible en: <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/epidemiologia-del-cancer-de-piel-en-el-centro-dermatologico-de-yucatan-durante-2012/?swcfpc=1>
9. Telich Tarriba JE, Monter Plata A, Víctor Baldín A, Apellaniz Campo A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. *Acta Med Grupo Ángeles* [en línea]. 2017 [citado 2019 Jul 1]; 15 (2): 154-160. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032017000200154&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032017000200154&lng=es).
10. Figueroa García L, Figueroa García M, Sotolongo Díaz D, Roque Morgado M, Mirabal Sánchez H, González López M. Diagnóstico dermatoscópico y correlación clínica e histopatológica del carcinoma espinocelular. *Folia Derm Cub* [en línea]. 2018 [citado 2019 Jul 19]; 12 (3): 1-14. Disponible en: <http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/140/127>
11. Thompson AK, Kelley BF, Prokop J. L, Murad M, Baum C L. Risk factors for cutaneous squamous cell carcinoma recurrence, metastasis and disease-specific death: a systemic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol* [en línea]. 2016 [citado 2019 Jul 1]; 152(4):419-428. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4833641/pdf/nihms749845.pdf>

12. Metterle L, Nelson C, Patel N. Intralesional 5-fluorouracil (FU) as a treatment for nonmelanoma skin cancer (NMSC): A review. *J Am Acad Dermatol* [en línea]. 2016 [citado el 2019 Jul 15]; 74 (3):552-557. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962215022458>
13. García Masso D, Cruz Settien R, Rimblas Casamor C, Menéndez Rodríguez M, Samada Durán TL. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con tumores epiteliales cutáneos no melanoma. *Medisan* [en línea]. 2019 [citado 2020 May 19]; 23(2):260-270. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192019000200260&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192019000200260&script=sci_arttext&tlng=en)
14. Téllez Lorente M. Caracterización de pacientes con carcinoma epidermoide cutáneo. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [en línea]. 2021 [citado 2020 Ene 20]; 46 (2). Disponible en:  
[http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2632/pdf\\_765](http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2632/pdf_765)
15. Muranushi C, Olsen CM, Pandeya N, Green AC. Aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs can prevent cutaneous squamous cell carcinoma: a systemic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol* [en línea]. 2015 [citado el 2020 Ene 23]; 135 (4):975-983. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022202X15371852?via%3Dihub>
16. Roque Pérez L, Marrero Ríos BR. A propósito del artículo “Utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico del cáncer de piel no melanoma”. *Rev Electrón Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta* [en línea]. 2020 [citado 2020 May 20];45(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en:  
[http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2130/pdf\\_660](http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2130/pdf_660)
17. Iribarren BO, Ramírez S.M, Madariaga G. JA, Riveros F. O, Valdés V. C, Toledo S. J. Carcinoma de células escamosas de piel. Serie de casos. *Rev Chil Cir* [en línea]. 2018 [citado 2019 Ene 23]; 70(4): 315-321. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262018000400315](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000400315)

18. Kang SY, Toland AE. High risk cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. World Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. [en línea]. 2016 [Citado 2019 Ene 23]; 2 (2):136-140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5698519/pdf/main.pdf>
19. Gee HE, Veness MJ. High risk cutaneous squamous cell carcinoma. Current Otorhin reports [en línea]. 2018 [citado el 2019 Jul 18]; 6(2) :120-128. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40136-018-0194-4>