



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



Asociación de Radiación UV, fototipo de piel e histopatología del Cáncer no melanoma.

Dra Silvia García Martínez*, **Dr. Rene Millares López***

* Clínica Central Cira García Ciudad de la Habana CUBA

Resumen

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en las consultas de Dermatología y Cirugía de la Clínica Central "Cira García" de Ciudad de la Habana, Cuba, a los cuales se les diagnosticó un Cáncer cutáneo no melanoma y se les realizó Biopsia de piel para corroborar diagnóstico independientemente del tratamiento quirúrgico realizado.

El mayor número de paciente resulto ser hombres con Carcinomas Basocelulares en un 82,6% con fototipo de piel I y II y tiempo promedio de evolución del tumor de 6 meses, que vivieron mayormente en áreas Urbana con nivel Universitario. Solo un 17,4% eran portadores de Carcinomas Epidermoides de preferencia localizados en cara y dorso de mano.

Introducción

La incidencia de Cáncer cutáneo esta aumentando de forma significativa, entre 1986 y 2000 ha existido un aumento de un 4% anual.

El factor de mayor importancia en la inducción de tumores es la radiación ultravioleta y la respuesta cutánea a esta radiación, que viene dada por el grado de pigmentación con el que se responde ante la exposición solar, conocidos como Fototipos de piel, del I aquellos individuos que se queman con la exposición solar hasta el fototipo VI individuos pigmentados que nunca se queman. El aumento en la incidencia esta muy relacionado con los cambios del estilo de vida, aumento de la esperanza de vida y con esta aumentan las posibilidades de daño por UV reduciéndose la capacidad de reparar el DNA dañado. La radiación solar que esta involucrada en el desarrollo de Tumores cutáneos esta dentro del rango de Rad. Ultravioleta, con longitud de onda entre 200 a 400 nm. El papel de los UVB (entre 290 y 320) en estos cambios es cada da mas incuestionable, relacionándose con las dosis acumulativas totales. De manera que los Carcinomas son mas frecuentes en áreas expuestas al sol.

La participación de la UVA está tomando un impotente papel en los últimos años a pesar que se señala que esta es 1,600 veces menos carcinogénica que la UVB.

PAPEL DE LA RADIACIÓN ULTRAVIOLETA EN EL DESARROLLO DEL CÁNCER CUTÁNEO.

La acción UV esta dirigida en dos niveles:

1- CAUSA MUTACIONES EN EL DNA CELULAR Y LAS ALTERACIONES EN LA REPARACIÓN DE ESTAS ALTERACIONES GENÉTICAS SON LA QUE EN UN ÚLTIMO PASO DAN LUGAR A UN CRECIMIENTO CONTROLADO DADO Y A LA FORMACIÓN DEL TUMOR.

•2 -TIENE MARCADOS EFECTOS EN EL SISTEMA INMUNE PRODUCIENDO UNA SITUACIÓN DE INMUNODEPRESIÓN RELATIVA QUE EVITA EL RECHAZO DEL TUMOR.

A casi todos le gusta "TOSTARSE" parece bueno y hace a las personas sentirse saludable. Pero curtir es más peligroso y menos saludable que usted podría pensar. DURANTE LA EXPOSICIÓN SOLAR (exposición a los rayos Ultravioleta) las células superficiales especializadas conocido como melanocitos se "encienden" y van a producir grandes cantidades de melanina dando una pigmentación cutánea. Sin embargo, esta misma exposición puede dañar el melanocitos' ADN (ácido desoxirribonucleico, el químico que pone en código los genes - los "ladrillos" del cuerpo). Se cree que el tal daño lleva al desarrollo de cáncer superficial.

El Carcinoma baso celular se presenta como una lesión rosa o piel-coloreada y aumenta su frecuencia con la edad. No tiende a metástasis en los sitios distantes y es de lento-crecimiento, lo contrario del C. Epidermoide de rápido crecimiento. Se señala como promedio un tamaño de 2 cm a 3 cm y en el ciento por ciento de los casos hubo criterio diagnóstico, el "criterio ABCDEF" es una herramienta de diagnóstico útil y debe ser enseñada a todo el personal médico y paramédico como medida de prevención y signo de alerta ante un tumor. Estos tumores epiteliales malignos son raramente observados en niños donde son más frecuentes los de tipo mesenquimatosos.

La exposición solar y las características fenotípicas podemos actuar, modificando esa exposición mediante una fotoprotección adecuada.

Estudios Epidemiológicos en Cuba los Cánceres no melanoma constituyen la tercera parte de todos los cánceres (1). Otros países como E.Unidos reportan una incidencia de estos Cánceres cutáneo por encima de los 600,000 casos por año.

V CUB Oncología 2002 se señalan una incidencia de el 15,2% de hombres entre la sexta y séptima década de la vida; mayor frecuente el C, Basocelular localizado en Cara y cuello.

Investigaciones epidemiológicas realizadas en Australia muestran una incidencia de C. Basocelular del 2% y el 1% de Carcinoma Epidermoide, donde cada año hay 50 nuevos casos de Melanoma por cada 100,000 habitantes.

Los métodos tradicionales de tratamiento incluyen el uso de criocirugía, radioterapia, electro desecación y curetaje, y escisión simple. Cada uno de estos métodos es útil en situaciones clínicas específicas. (8,9) Dependiendo de la selección de los casos, estos métodos tienen tasas de curación que van de un 85% a 95%. La cirugía micrográfica de Mohs, una técnica más nueva de cirugía, tiene las tasas más altas de curación a 5 años para tratamiento quirúrgico tanto de tumores primarios (96%) como recidivantes (90%). (10)

Por todo lo antes expuesto y conociendo que muchos de los extranjeros que son tratados en nuestro centro por tumores cutáneos presentan un fototipo de piel, considerado de alto riesgo (fototipo I,II,III) con respecto a un mayor susceptibilidad al daño lumínico y a los cambios inmunológicos carcinogénicos producidos por la radiación UV nos proponemos por tanto:

Conocer la asociación que existe entre el factor rayos UV, como factor desencadenante del cáncer cutáneo, en aquellos pacientes con diagnóstico presuntivo de Carcinoma Basocelular ó Carcinoma Epidermoide y confirmación histológico del tumor.

Material y Métodos

Las investigaciones realizadas se fundamenta en una asociación clínico-histológica de los pacientes con Diagnóstico Histopatológico de Carcinoma Basocelular y Epidermoide tratados en la Consulta de Dermatología de la Clínica C. "Cira García" en un período de 7 años. Se analizaron las Historias Clínicas de los pacientes con Diagnóstico Anatomopatológico confirmado de Carcinoma Basocelular y Epidermoide, realizando la posible asociación con la exposición a los rayos UV, fototipo de piel y localización y tipo del tumor. Se tomaron los datos demográficos referidos: forma clínica del tumor, nacionalidad, distribución por sexo, color de la piel y edad al consultar, hábitat, relación con el tiempo de evolución y tamaño de lesión al consultar, profesión, localización, resultados clínicos post-tratamiento. En cuanto al habitat se consideraron tres grupos, área urbana, rural y marítima muy relacionados con el tipo de labor que realizan estos pacientes.

Análisis y Discusión

La distribución de los pacientes con tumor epitelial maligno fue de 23 casos, un 82,6%, 19 pacientes, con Carcinoma basocelular y 4 pacientes, el 17,4% con Carcinoma epidermoide. Coincide con lo planteado en la literatura respecto a la frecuencia de estos tumores cutáneos. (1,2,3) (ver gráfico no 1)

En cuanto a la distribución por sexo y fototipo de piel se obtuvo que es más frecuente el CB y CE en hombre como en mujeres con pieles de fototipo I y II Hombres 9 casos para un 60% y mujeres 6 pacientes. Un 40%. Le sigue el grupo del fototipo III y IV con 4 hombres y una mujer, el 15% y 9,4% respectivamente. El fototipo de piel V y VI 2 hombres y una mujer, para un 13% y 9,4% respectivamente. Esta frecuencia de pieles blancas y ojos azules son precisamente las más sensibles a la acción de las RV.

(Ver gráfico no 2)

En la distribución por fototipo de piel y tamaño de la lesión el 78,3% de menos de 1 cm en cualquier tipo de piel; 13,3 y 2 pacientes respectivamente. El 21,7%, 5 casos de cáncer de 1-3cm de tamaño. Solo un paciente de fototipo de piel V y VI el 4,35%.

(Ver gráfico no 3)

En la distribución por grupo de edad, el mayor porcentaje es en pacientes de 57 a 77 años 13 casos, el 56,5% seguido del grupo de 36-56 años 8 caso, el 34,7%. Mayores de 78 años dos pacientes, el 8,7%. No tenemos pacientes con cáncer de menos de 35 años. Es precisamente en estas edades adultas en que se ven con más frecuencia estos tumores, raros en niños. En cuanto a la edad, fototipo de piel y tumor son más frecuentes en edades de 57 a 77 años con 17 casos, el 60,9% en pieles fototipo I y II, le siguen los pacientes. Del grupo de 35-56 años con 9 casos, un 39%. Pacientes de 78 años con fototipo de piel I y II y grupo del III y IV un caso cada uno, para un 4,3% respectivamente. (Ver gráfico no 4 y 5).

Distribución por fototipo de piel y tiempo de evolución del cáncer, es más frecuente de 3 a 12 meses con piel del I al IV con 16 casos, el 69,6%. Le siguen los pacientes con menos de 6 meses de evolución del tumor y pieles tipo I y IV, un 26%, 6 casos. Solamente un 4,3%, un paciente con piel del grupo V y VI y de más de un año de evolución. Esto esta relacionado con el tipo de tumor donde es más frecuente el CB con un crecimiento lento. (6,7) (Ver gráfico no 6)

El 39,1%, 9 pacientes. Con fototipo I y II tienen Carcinomas en la cara.

Hay estudios que reportan hasta un 87 por ciento en región cefálica y cuello y el 13 % restante en tronco y extremidades. (9,10)

En el tronco hay 8 casos, el 34,8% distribuyéndose 5 casos de tipo I-II, 2 casos el 8,7% fototipo III y IV, el 4,34%, un caso fototipo V-VI. En extremidades solo 3 casos de fototipo I al IV de piel. En labio un 8,7%, 2 casos, tipo CE con fototipo de piel III.

(Ver gráfico no 7 y 8)

Distribución según país y fototipo de piel tenemos que un 26%, 6 casos son españoles. El 17,4%, 4 It alianos. El 13% de E.U. 3 pacientes. Un 8,7%, 2 casos Inglaterra y Rusia respectivamente. Brazil y Venezuela el 4,35%, un caso. Esto coincide con las características de los pacientes de estos países donde las pieles rubias y ojos claros con más personas más susceptibles al daño actínico. (Ver gráfico no 9 y 10)

En relación con el hábitat, el mayor porcentaje son de zona urbana, 57%, 13 casos, seguido de marítimo, 13%, 3 casos y rural 2 pacientes, el 8,7%.

Esto coincide con la profesión de nuestros pacientes, ya que son Gerente el 39,1%, 9 casos, seguida de Diplomático, Agricultor, Marinero el 13,7%, 3 casos respectivamente. Ama de casa dos pacientes el 9%. Y Otros que corresponden a un caso cada uno son el 13 % tres pacientes.

Es de señalar que deberían ser mas frecuentes en aquellas que conllevan una exposición a la radiación solar pero si es importante que todos aquellos gerentes y diplomáticos, realizan con frecuencia diaria ejercicios y actividades deportes al aire libre, todos practican la natación. En sus vacaciones muchos de ellos en países tropicales por lo que se exponen constantemente a la acción solar.

(Ver gráfico no 11 y 12)

Distribución del tumor según asociación diagnóstico clínico e histológico y fototipo de piel se tiene que un 65,2%, 15 pacientes. Con fototipo de piel I y II tienen Carcinomas con tipo histológico y clínico de C. Basocelular, 20 casos, el 86,9 % Carcinomas basocelular y Epidermoide con fototipo de piel I-IV. Solo 4 pacientes el 13,4% con fototipo de piel V- VI (negros) tienen Carcinoma.

Estos resultado coinciden con los investigadores que plantean la teoría de que los CB están mas relacionados con el efecto dañino de la UV. Señalamos que hubo una recidiva en la extirpación de un primario de CE. Hay autores reportan cifras de recidivas hasta de un 36% en pacientes con Cáncer que desarrollarán un segundo carcinoma de células basales dentro de los siguientes 5 años. (Ver gráfico no 13)

En las imágenes Histológica de los tumores Carcinomatosos tipo estudiados Basal y Espinocelular se observa la atipia de células basales o espinocelulares, respectivamente y un infiltrado inflamatorio crónico, más denso de estos tumores con gran tendencia a metástasis.

Discusión

GRAFICO # 1 DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE TUMOR

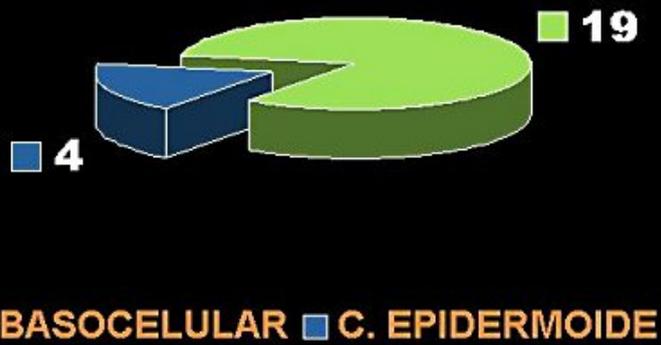


Gráfico nº 1

GRÁFICO # 2: ASOCIACION SEGUN SEXO Y FOTOTIPO DE PIEL

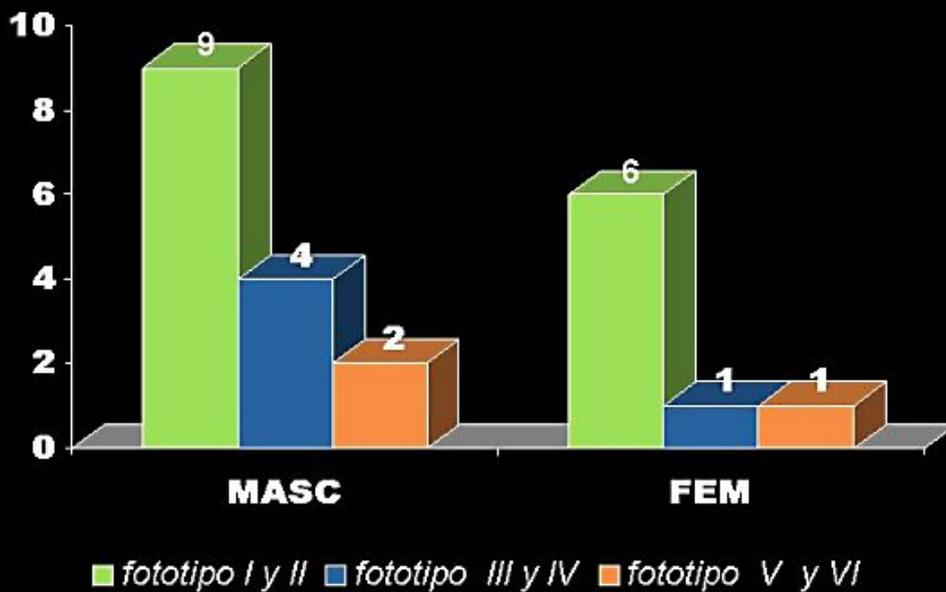


Gráfico nº 2

GRÁFICO # 3: TUMORES SEGÚN TAMAÑO

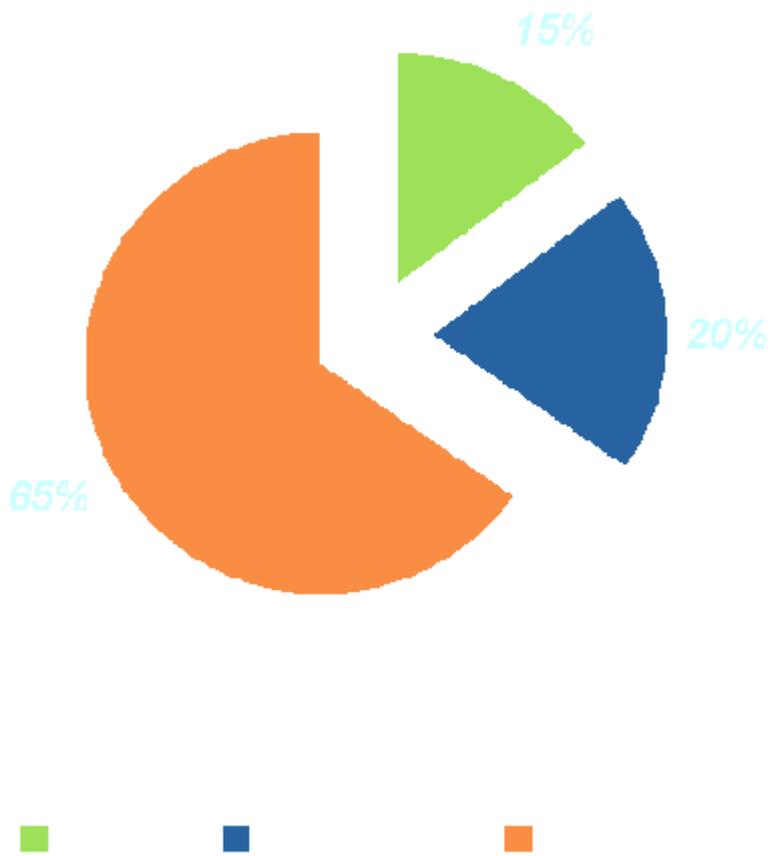


Gráfico nº 3

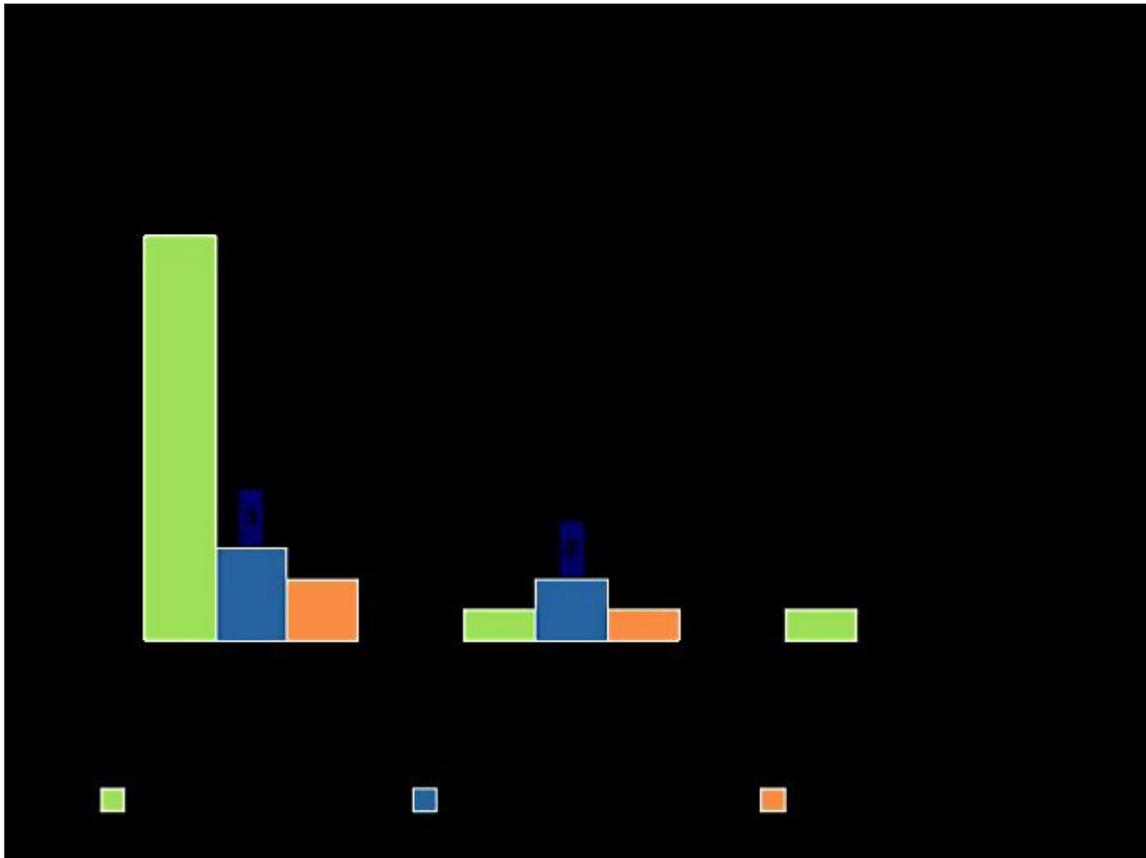


Gráfico n° 4

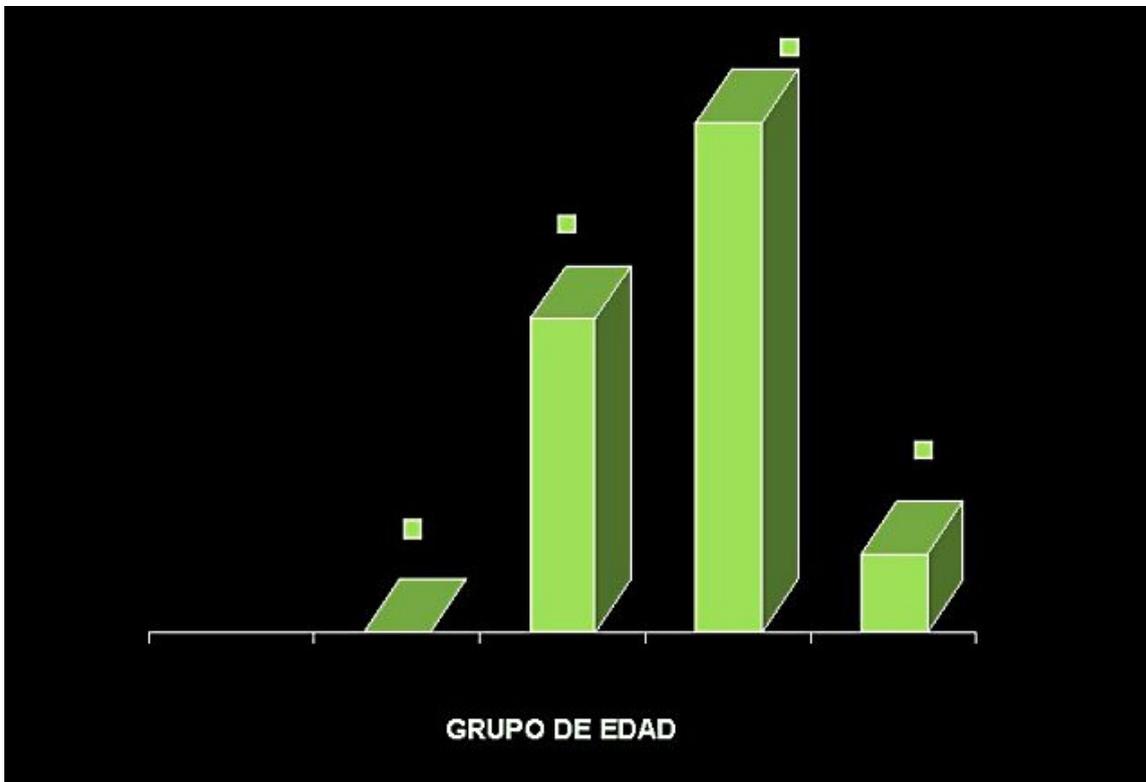


Gráfico n° 5

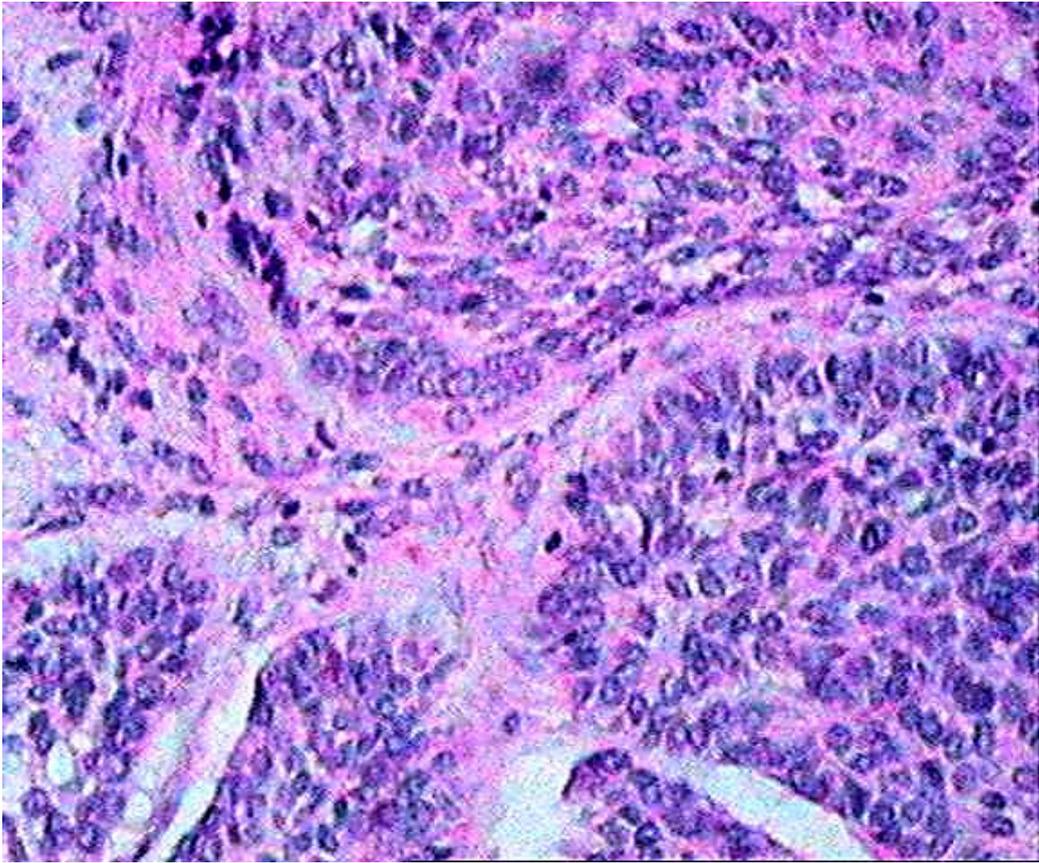


Figura 1. Carcinoma basocelular

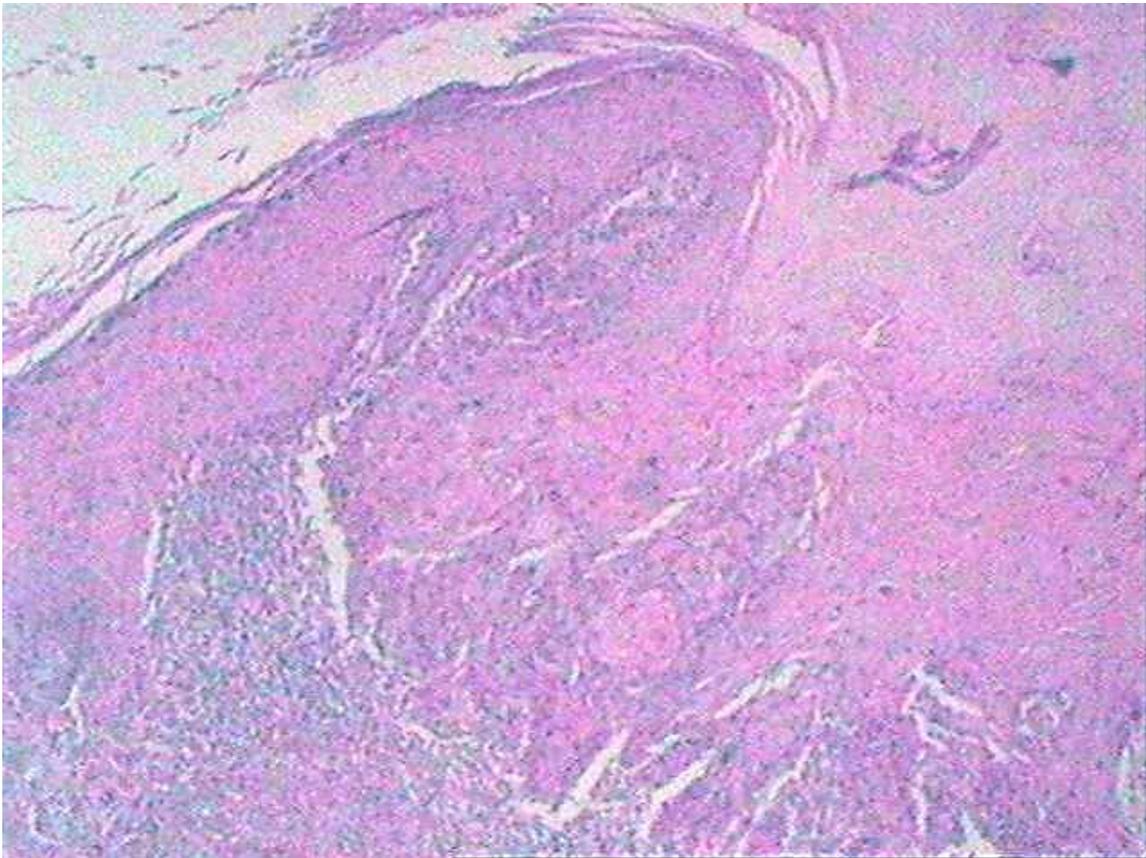


Figura 2. Carcinoma epidermoide

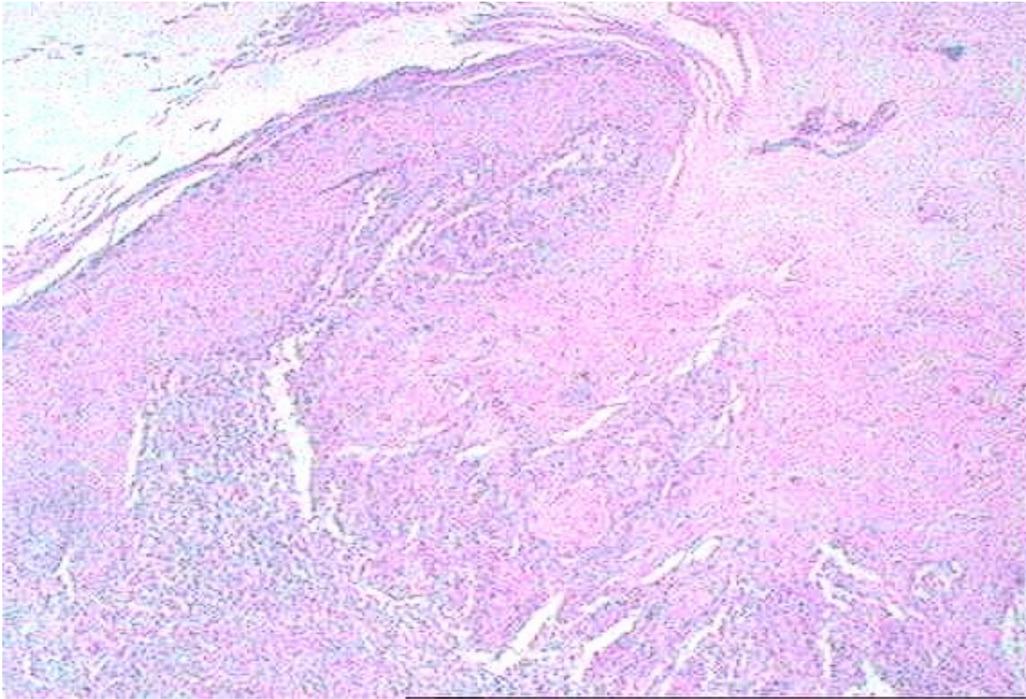


Figura 3. Carcinoma epidermoide

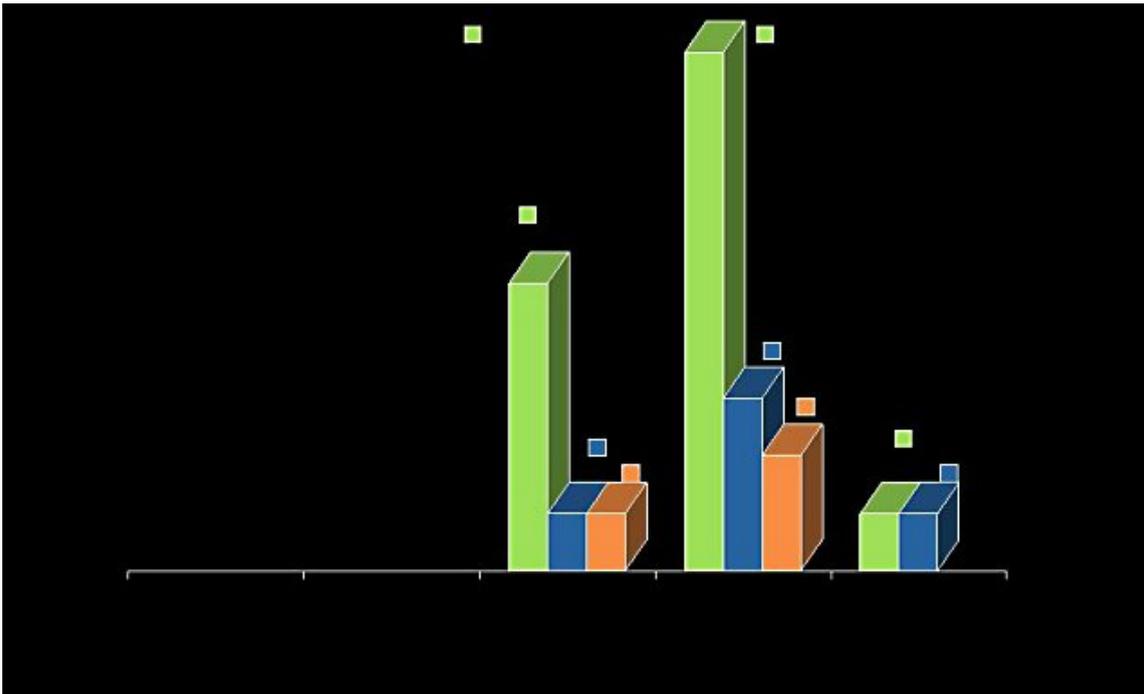


Gráfico nº 6

Conclusiones

EL MÁS FRECUENTE DE LOS TUMORES ENCONTRADOS ES EL CARCINOMA BASOCELULAR EN UN 82,6%, 19 CASOS , SOLO 4 PACIENTES, EL 17,4% CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE. EL 65,22% SON HOMBRES DE ESPAÑA E ITALIA, CON FOTOTIPOS DE PIEL I y II . EL 78,3% SON TUMORES DE 1-3CM EN FOTOTIPOS DE PIEL I y II. GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO FUE EL DE 57-77 AÑOS, 14 PACIENTES, UN 60,9% CON FOTOTIPOS I y II. PACIENTES DE AREA URBANA SON MAS AFECTADOS EN UN 72,3% EL TIEMPO DE EVOLUCION DEL TUMOR PROMEDIO FUE DE 3 A 12 MESES EN UN 6 LA CARA Y EL TRONCO SON LAS LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES ,17 PTES. Un 73, 9%,

Bibliografía

- 1.-Wagner RF, Lowitz BB, Casciato DA: Skin cancers. In: Casciato DA, Lowitz BB, Eds.: Manual of Clinical Oncology. Boston: Little, Brown, and Company, 2nd ed., 1988, pp 250-259.
- 2.-Rowe DE, Carroll RJ, Day CL: Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology* 15(3): 315-328, 1989.
- 3.- Committee on Guidelines of Care, Task Force on Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: Guidelines of care for cutaneous squamous cell carcinoma. *Journal of the American Academy of Dermatology* 28(4): 628-631, 1993
- 4.-Lever WF, Schaumburg-Lever G: *Histopathology of the Skin*. New York: JB Lippincott, 6th ed., 1983.
- 5.-Immerman SC, Scanlon EF, Christ M, et al.: Recurrent squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer* 51(8): 1537-1540, 1983.
- 6.-Paties C, Taccagni GL, Papotti M, et al.: Apocrine carcinoma of the skin. *Cancer* 71(2): 375-381, 1993
- 7.- Wagner RF, Lowitz BB, Casciato DA: Skin cancers. In: Casciato DA, Lowitz BB, Eds.: Manual of Clinical Oncology. Boston: Little, Brown, and Company, 2nd ed., 1988, pp 250-259.
- 8.- Rayner CR: The results of treatment of two hundred and seventy-three carcinomas of the hand. *Hand* 13(2): 183-186, 1981.
- 9.- Carcinoma of the skin (excluding eyelid, vulva, and penis). In: American Joint Committee on Cancer: *AJCC Cancer Staging Manual*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 5th ed., 1997, pp 157-161.
- 10.- Dubin N, Kopf AW: Multivariate risk score for recurrence of cutaneous basal cell carcinomas. *Archives of Dermatology* 119(5): 373-377, 1983.
- 11.-Padovan I, Brodarec I, Ikić D, et al.: Effect of interferon in therapy of skin and head and neck tumors. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 100(3): 295-310, 1981.
- 12.- Wilson BD, Mang TS, Stoll H, et al.: Photodynamic therapy for the treatment of basal cell carcinoma. *Archives of Dermatology* 128(12): 1597-1601, 1993.
- 13.- Wolf P, Rieger E, Kerl H: Topical photodynamic therapy with endogenous porphyrins after application of 5-aminolevulinic acid. *Journal of the American Academy of Dermatology* 28(1): 17-21, 1993.
- 14.- Rowe DE, Carroll RJ, Day CL: Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology* 15(3): 315-328, 1989.
- 15.- Lippman SM, Parkinson DR, Itri LM, et al.: 13-cis-Retinoic acid and interferon alpha-2a: effective combination therapy for advanced squamous cell carcinoma of the skin. *Journal of the National Cancer Institute* 84(4): 235-241, 1992.
- 16.- Brenner B, Sulkes A, Rakowsky E, Feinmesser M, Yukelson A, Bar-Haim E, Katz A, Idelevich E, Neuman A, Barhana M, Fenig E. Second neoplasms in patients with Merkel cell carcinoma. *Cancer* 2001 Apr 1;91(7):1358-62