

CANCER DE PIEL

Vergara Cahiz, Hernando

RESUMEN

Se hace un estudio retrospectivo descriptivo sobre 2.046 especímenes de la piel para estudio de cáncer tomados de los archivos del Servicio de Anatomía Patológica del Departamento de Servicios de Salud de Ecopetrol en Barrancabermeja, en un período de diez (10) años (1984-1993).

Se analizaron con seguimiento a los pacientes afectados cauticos, revisando las historias clínicas y los resultados terapéuticos como la casuística para nuestro servicio.

Palabras clave: Cáncer de piel: "Epitelioma basocelular".

INTRODUCCION

En los tumores de piel, la contribución del medio está dada por las radiaciones ultravioleta de tipo B (UV-B), presentes en la luz solar. Las células epidérmicas irradiadas sufren una alteración molecular en el DNA, lo que hace que adquieran un potencial hacia su transformación maligna. Sin embargo, la susceptibilidad para padecer cáncer de piel de sujetos de raza blanca (de cabello y ojos claros) es mucho mayor que la de las personas de raza negra, aun de quienes viven en zonas de una intensa exposición solar. Esta dicotomía en la incidencia de cáncer entre negros y blancos, por lo tanto, pone énfasis en la existencia de factores inmunogenéticos que influyen en forma drástica en el desarrollo tumoral.

Pueden citarse otros factores que intervienen en la aparición del cáncer cutáneo, como algunas patologías predisponentes (queratosis actínicas, telangiectasias, léntigo, púrpura actínica, xerodermia pigmentosa, albinismo) y la constante exposición al sol, en especial en trabajadores rurales, marinos, o los "adoradores del sol", quienes tienen el hábito de exponerse a diario. Figura 1.

La localización casi exclusiva de las neoplasias en las zonas más expuestas de la piel (cara, tronco, cuello), es otro dato más a favor del papel determinante de las radiaciones UV-B. Al parecer, éstas colaborarían, además, en el deterioro crónico del sistema Inmunitario, brindando otro aporte de jerarquía en la génesis de cáncer. En este sentido los linfocitos T circulantes son los encargados de detectar la presencia de determinados componentes antigénicos, en la superficie de las cé-

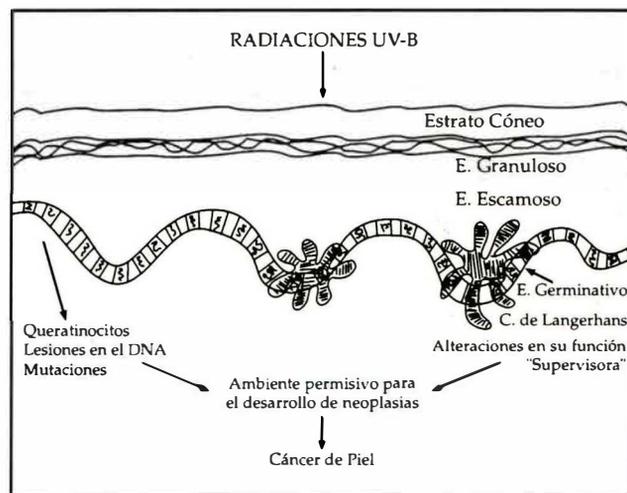


Fig. No. 1. Papel de las radiaciones ultravioleta B en la patogenia de los carcinomas cutáneos.

lulas somáticas, que se relacionan con la transformación maligna. Cuando estos antígenos fueran identificados, los linfocitos T se vuelven activos y generan una respuesta citotóxica tendiente a eliminar a las células malignas, antes de que éstas originen un tumor detectable clínicamente.

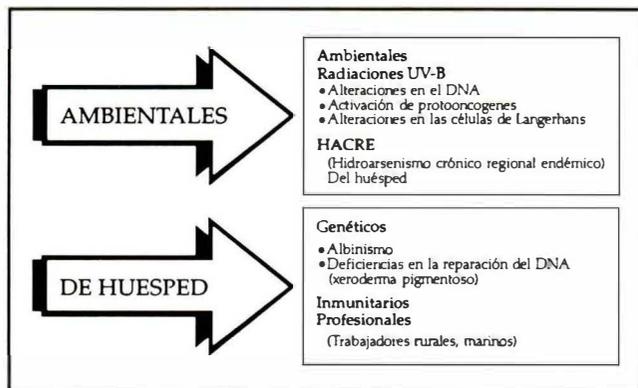
En la piel, estos determinantes antigénicos tumorales son detectados por las células de Langerhans de localización epidérmica, los que, luego de procesarlos migran a través de la unión dermoepidérmica, se ponen en contacto con capilares linfáticos y viajan en la linfa, hasta llegar a la corteza parafolicular del ganglio drenante donde los presentan a los linfocitos T.

Las células de Langerhans son el principal blanco de las radiaciones UV-B, que se comportan como un agente agresor directo, debilitando la función de presentar antígenos.

Por otra parte, la existencia de fallas en la activación de los linfocitos T, asociados con el cáncer, implican la abolición de la síntesis de IL-2 (Interleukina 2) y de la expresión de sus receptores.

El melanoma, el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular son más frecuentes en población blanca que vive cerca al ecuador, y especialmente, en aquellos que hacen exposiciones esporádicas, por cortos períodos de tiempo pero en forma exagerada; en aquellos que ocasionalmente van por un fin de semana a clima cálido y quieren, en escasos dos días, recibir todo el sol del año y obtener un bronceado espectacular.

Es claro que existen otros factores que influyen en el desarrollo de tumores cancerosos en la piel, como son la herencia (hay



Cuadro 1. Algunos factores relacionados con el cáncer de piel.

mayor probabilidad de padecer de melanoma en descendientes de personas que lo hayan padecido), la exposición a radiaciones ionizantes (Rayos X, Rayos gamma, etc.) o a fuentes artificiales de luz ultravioleta (cámaras de bronceado), y finalmente, aunque no haya una precisión absoluta, factores hormonales (pocos melanomas antes de la pubertad, mayor agresividad del tumor en los varones).

En la piel se presentan dos grandes grupos de tumores asociados con la exposición solar: el primero es el de los melanomas, para los que exposiciones limitadas, intensas y esporádicas son decisivas, mientras que en el segundo grupo (carcinoma basocelular y escamocelular) es la exposición crónica a dosis bajas o altas de radiación solar (trabajadores al aire libre), las que van produciendo un daño acumulativo que termina induciendo el desarrollo del tumor.

De estos tipos de tumores, es el melanoma el más grave, con frecuentes consecuencias fatales, especialmente si no se diagnostica a tiempo. Los carcinomas cutáneos no melanomas generalmente no son mortales y tienen una buena respuesta al tratamiento pero pueden causar deformidades y mutilaciones.

El 80% de los tumores cutáneos no melanomas se presentan en la cara o el cuello, mientras que el 20% restante están en las manos o los antebrazos, pero siempre en áreas expuestas a los rayos solares. Si bien los melanomas pueden presentarse en cualquier sitio del cuerpo, su presencia es más frecuente en lugares sometidos a radiación solar.

El cáncer de piel no aparece de repente, las modificaciones que llevan, finalmente al desarrollo de un tumor, lo preceden generalmente por años. Así que es bueno conocerlas para detectarlas precozmente. Más del 95% de los cánceres de piel son curables si se diagnostican a tiempo. Para ello, todas las personas deben adoptar como rutina la revisión periódica de su piel. Las personas que tienen muchos lunares o que notan la aparición de lesiones nuevas o que tienen antecedentes de cáncer en su familia deben acudir al médico al menos una vez al año para una revisión concienzuda.

Existen numerosas lesiones dermatológicas consideradas como "precancerosas" o "pre malignas". Estas se constituyen en "señales de peligro" que deben de llevar al paciente a consultar a su médico para que las identifique y las trate, según sea el caso.

Se debe recordar que la exposición a los rayos solares es uno de los principales factores implicados en la aparición del cáncer de la piel. Así la piel dañada por el sol comienza a desarrollar una o varias pequeñas lesiones rojizas o marrones, ásperas, costrosas, localizadas en las áreas más expuestas de la cara, las orejas, el cuello, la parte alta de la espalda o las superficies extensoras de los miembros.

Existe la creencia popular de que todo "lunar oscuro" debe ser removido porque es "peligroso". Este, es un concepto demasiado simplista y poco práctico. Lo que si es útil es que las personas estén pendientes del cambio en el tamaño, el color o la forma de un lunar preexistente, su inflamación súbita o su crecimiento rápido, o la presencia de sangrado así sea ocasional y que ante cualquiera de estos cambios asista a una consulta con su médico.

El Eitelioma Basocelular

Es el tumor maligno más frecuente de la piel, por fortuna, los epitelomas basocelulares no dan metástasis, y si se práctica tratamiento temprano y adecuado, la curación puede alcanzar el 100%. En el epiteloma basocelular, la muerte, resulta de descuido, por parte del paciente o del médico.

Hay cuatro formas clínicas de epiteloma basocelular: nódulo-ulcerado, pigmentario, fibroso y superficial. La variante más frecuente es el epiteloma basocelular nódulo-ulcerado. Comienza como un pequeño nódulo céreo que crece lentamente durante años. Se forma una depresión central que finalmente se convierte en úlcera rodeada de borde aperlado o céreo. La superficie del elemento nodular presenta algunas telangiectasias muy características.

La variante pigmentaria es semejante a la nódulo-ulcerada, pero presenta además pigmentación parda o negra. La variante fibrosa es de crecimiento muy lento, suele aparecer en la cara y consiste en una placa cicatrizal blanquecina de borde neto, que rara vez experimenta ulceración.

La variante superficial puede ser única o múltiple. Suele aparecer en cara anterior y posterior del tórax y se caracteriza por áreas rojas y escamosas de crecimiento lento; el examen cuidadoso revela borde nodular con telangiectasias. Puede haber involución y atrofia en el centro. Cuando ocurre, la ulceración es superficial.

Más del 90% de los epitelomas basocelulares se presentan en la cabeza y el cuello; siguen en frecuencia los del tronco. Estos tumores rara vez atacan regiones palmar y plantar.

Las neoplasias son de crecimiento muy lento, pero hay períodos en que crecen con rapidez. Las variantes destructoras pueden invadir cartílagos, huesos, vasos sanguíneos, grandes áreas de piel, y originar la muerte. Los casos excepcionales informados de metástasis de epitelomas basocelulares probablemente dependan de diagnóstico equivocado.

Los epitelomas basocelulares suelen presentarse en sujetos rubios o pelirrojos, en áreas de piel expuestas a los rayos solares. Pueden ser causados por traumatismos y dosis excesivas de Radio y Rayos X. La ingestión de arsenicales inorgánicos durante largo tiempo puede originar epitelomas basocelulares superficiales. La mayoría de los autores consideran

que el epiteloma basocelular es un carcinoma de las células basales de la epidermis. Otros opinan que no es un carcinoma, sino tumor nevoide que proviene de células embrionarias que no alcanzaron diferenciación completa.

Los epitelomas basocelulares pueden atacar desde la niñez hasta la senectud, pero son más frecuentes en varones mayores de 50 años.

El diagnóstico se hace efectuándose estudio histopatológico de la lesión que se tomará por biopsia, que consiste en lo siguiente: se aplica anestesia local; se practica una incisión elíptica con un bisturí, para incluir un borde de 3 a 4 mm. alrededor del tumor. Si el informe de anatomía patológica indica que el tumor se extiende hasta el borde de la incisión, debe hacerse extirpación más radical.

El paciente debe volver para estudio ulterior con estos intervalos: un mes, dos meses, tres meses, seis meses y anualmente durante 3 a 5 años.

El Carcinoma Epidermoide

Tumor maligno de la piel, bastante frecuente, puede nacer de manera primaria, o en queratosis senil o leucoplaquia. La malignidad y la capacidad de dar metástasis varían desde el grado I (bajas) hasta el grado IV (altas). Este tumor se ha llamado carcinoma de células escamosas y espinocelular.

El cuadro clínico más corriente consiste en un nódulo de crecimiento rápido que pronto presenta úlcera central y borde elevado duro, con algo de enrojecimiento circundante. Esta lesión es la más maligna. La forma menos maligna tiene aspecto clínico de neoformación verrugosa que puede no ulcerarse. Sin embargo, es importante percatarse de que el grado de malignidad de un tumor puede variar en distintos sitios de corte de la biopsia, principalmente en las lesiones voluminosas. Esta variación demuestra el valor de los cortes histológicos múltiples.

El epiteloma espinocelular puede ocurrir en cualquier sitio de la piel y las mucosas pero aparece comúnmente en cara, sobre labio inferior y orejas, en lengua y dorso de las manos. El traumatismo crónico relacionado con algunas ocupaciones puede originar que aparezca esta neoplasia en sitios insólitos; por ejemplo, cáncer del escroto causado por aceites para maquinarias, cáncer de los deshollinadores de chimeneas, y otros más.

La evolución varía según el grado de malignidad del tumor. Las metástasis a ganglios linfáticos puede ocurrir en fecha temprana de la evolución; a veces no se presentan. La frecuencia de cura puede ser alta cuando las lesiones se tratan en etapa temprana y con el método indicado.

Con relación a la etiología hay muchos factores que contribuyen a proporcionar el terreno para que se desarrolle carcinoma epidermoide. Tenemos el tipo de piel determinado por herencia; edad del paciente; irritación por agentes químicos y físicos, como alquitranes, aceites, calor, viento, luz solar, Rayos X y quemaduras graves; enfermedades dérmicas que producen cicatrices, como Lupus eritematoso discoide crónico, Lupus vulgar y úlceras crónicas; ingestión de compuestos de arsénico

inorgánico; por último, evolución natural del xeroderma pigmentoso.

La distribución del carcinoma epidermoide suele observarse en varones ancianos pero hay excepciones frecuentes.

Cuando el aspecto clínico de un tumor sugiere carcinoma epidermoide debe practicarse estudio histopatológico de la lesión.

Para el tratamiento y por el carácter invasor de los carcinomas epidermoides, está indicada la terapéutica energética con cirugía, radiación o ambas modalidades.

Los Nevocarcinomas y Melanomas Malignos

Son neoplasias que resultan de las transformaciones malignas de los tumores melánicos benignos, por que como éstos, pueden dividirse en dos grupos: melanomas malignos melano-blásticos (melanocitoma maligno) y melanomas malignos neoblásticos (nevocitomas malignos).

El melanoma maligno aparece en un nevo intermedio o en piel de aspecto normal; la pigmentación se modifica al difundirse, presentar manchas o tornarse oscura; pueden ocurrir hemorragia, escostramiento y ulceración; está indicada la biopsia por escisión parcial o completa. Ulteriormente se efectuará extirpación más radical, si en el estudio histopatológico se descubre melanoma maligno.

POBLACION, MATERIALES Y METODOS

La población estudiada comprende los beneficiarios de los servicios de Salud de Ecopetrol en Barrancabermeja. Esta población comprende los trabajadores, jubilados y familiares que durante 10 años (1984 - 1993) fueron atendidos en una o en varias ocasiones por algún problema dermatológico relacionado con la patología tumoral que se investiga.

Barrancabermeja es una ciudad cálida situada en el departamento de Santander, a una altura de 75 metros sobre el nivel del mar, puerto a orillas del río Magdalena y con una temperatura promedio de 35°C, una humedad relativa de 72 a 77%, una superficie urbana de 34 kilómetros cuadrados, con una población de 200.000 habitantes (censo de 1993) y el cáncer ocupa la séptima (7a.) casilla en las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo entre las diez primeras causas de morbilidad. Cosmopolita, en su mayoría por raza mestiza, negra y en menor proporción blanca procedente de otras regiones.

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo tomando la información de los archivos del servicio de patología sobre especímenes investigados de aquellos pacientes a quienes se tomaron muestras de piel por sospecha de alguna patología específica. Posteriormente se revisaron las historias clínicas de cada uno de los pacientes a quienes se les encontró un diagnóstico de patología maligna de piel. Igualmente se evaluaron las variantes de edad, sexo, raza, ocupación y en particular la evolución, número, localización topográfica y apariencia de las lesiones de piel. La tabulación de los datos se hizo por medio de tablas de frecuencia observada.

Las muestras de piel biopsiadas insuficientemente tomadas que se reportaban por patología como "insuficientemente reseca", hubo necesidad de repetir las y ampliar la biopsia como también en los casos, después de cierto tiempo, de recidivas de las lesiones estudiadas. (Otros casos terminaron en radioterapia, quimioterapia).

Desde enero de 1984 a diciembre de 1993 fueron enviadas al servicio de anatomía patológica 2.046 muestras de piel para estudio, de los cuales 223 casos resultaron positivos para cáncer de piel (13%).

De los 223 casos positivos para cáncer de piel, 38 pacientes presentaron patologías cancerosas en otras partes del cuerpo y recidivas en algunos casos. De esta población 13 fallecieron por causas distintas al cáncer de piel, durante el tiempo que se hizo este estudio. Cuarenta no se revisaron por cambio de residencia a otra ciudad, a otras se les habían cancelado sus servicios, algunos eran "pacientes particulares" y a los demás los registros de las historias no correspondían con el paciente. Por consiguiente 81 pacientes no se tomaron en cuenta para la investigación a pesar de tener patologías positivas para cáncer de piel, desde la primera vez que se le hizo la primera biopsia. Con lo anterior 132 pacientes entraron al estudio y sus historias clínicas se pudieron revisar.

RESULTADOS

Se estudiaron en total 132 pacientes, cuyas edades fluctuaron entre 20 y 80 y más años con un promedio de 55 años y una proporción de sexos de 1.3 mujeres por un hombre (tablas 1 y 2).

Sexo	No.	%
Hombres	63	47.7%
Mujeres	69	52.3%
TOTAL	132	100%

Edad	No.	%
0-20	2	1.5
21-40	18	13.6
41-60	40	30.3
60...	72	54.6
TOTAL	132	100%

De los carcinomas de piel encontrados, 34 (25.7%) fueron incompletamente reseca y por consiguiente hubo necesidad de hacerle un seguimiento especial a cada uno de estos pacientes.

De los 185 pacientes registrados en un principio en el estudio (132 con historias clínicas en el archivo, 13 que murieron durante el estudio y 40 que salieron del estudio por no encontrarse información estadística) eran trabajadores, 47 jubilados y 109 familiares de trabajadores y jubilados (Tabla 3).

Estos 185 pacientes presentaron diferentes tipos de cáncer de piel teniendo en cuenta los encontrados en la primera biopsia

Población	No.	%
Trabajadores	29	15.6
Jubilados	47	25.4
Familiares	109	58.9
TOTAL	185	100.0

de estudio para un total de 273 casos: correspondiendo 252 a epitelomas basocelulares (92%) y 21 (8%) a otros tipos de cánceres.

Los sitios anatómicos donde se produjeron estas patologías correspondieron a la nariz en 78 casos (33.4%), mejillas 42 (18%), preauricular 34 (14.6%), párpados 30 (12.8%) labios 12 (5.2%), orejas 10 (4.2%), tronco 8 (3.4%), cuello 5 (2.1%), pene 3 (1.2%), vulva 3 (1.2%), antebrazo 2 (0.8%) e interiliar 2 (0.8%), abdomen 2 (0.8%), retroauricular 2 (0.8%). (Tabla 4).

Hubo 29 casos donde un mismo paciente se le repitió y se amplió la biopsia principalmente en aquellos incompletamente reseca. Los casos de recidivas se tomaron como un segundo caso aunque hubiera sido en el mismo sitio anatómico.

En esta investigación se hizo un diagnóstico clínico e histopatológico.

	No.	%
1. Diagnóstico clínico para el epiteloma basocelular:		
Nódulo Ulcerado	126	50
Pigmentario	20	8
Fibroso	33	13
Superficial	73	29
SUBTOTAL	252	100
Areas Anatómicas con Cáncer de Piel (1984-1993)		
Nariz	78	33.4
Mejillas	42	18.0
Preauricular (Sien)	34	14.6
Párpado	30	12.8
Labios	12	5.2
Orejas	10	4.2
Tronco	8	3.4
Cuello	5	2.1
Pene	3	1.2
Vulva	3	1.2
Antebrazo	2	0.8
Interciliar	2	0.8
Abdomen	2	0.8
Retroauricular	2	0.8
TOTAL	233	100.0
2. Diagnósticos clínicos para otros cánceres:		
Carcinoma epidermoide	14	66
Nevo carcinomas	4	20
Melanomas malignos	3	14
SUBTOTAL	21	100
3. Diagnóstico histopatológico.		

Desde el punto de vista histológico los epitelomas basocelulares se dividen en dos grupos:

1. Indiferenciados
2. Diferenciados

Pero no existe una línea divisoria entre los dos grupos:

- Los que no muestran diferenciación se denominan epitelomas basocelulares sólidos, que son los más frecuentes y encontrados en esta investigación.
- Los que muestran diferenciación hacia estructuras pilosas y se denominan epitelomas basocelulares queratósicos. Hacia glándulas sebáceas, llamados epitelomas basocelulares quísticos. Hacia glándulas apocrinas o ecrinas que comprenden los epitelomas basocelulares adenoides. Los epitelomas basocelulares pigmentados presentan melanocitos y melanófagos. El epiteloma basocelular fibrosante (o de tipo morfea), en esta variante la proliferación del tejido conectivo es mayor que las células epiteliales. El epiteloma basocelular superficial, presenta brotes irregulares de tejido tumoral adherido a su superficie interna de la epidermis. El fibroepiteloma está constituido por cordones largos, delgados, ramificados y anastomosados. El epiteloma basocelular escamoso, constituye un basocelular queratósico.

Otros tipos de cánceres más agresivos que se encontraron en esta revisión histopatológica que pueden llegar a producir metástasis y son más invasivos, afortunadamente fueron los menos: carcinoma epidermoide, melanoma maligno y carcinoma verrucoso invasivo. (Tabla 5).

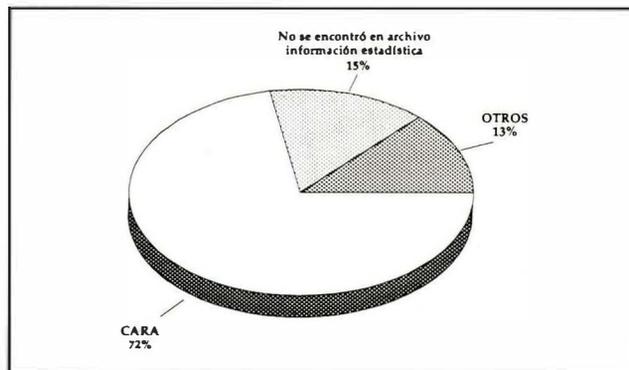
Cáncer de Piel: Patología	Subdivisión	No.	%
1. Epitelioma basocelular	1. E. basocelular sólidos	183	67.0
	2. E. basocelular adenoides	27	9.8
	3. E. basocelular pigmentado	19	7.0
	4. E. basocelular escamoso	7	2.5
	5. E. basocelular queratósico	5	1.8
	6. E. basocelular quístico	5	1.8
	7. E. basocelular fibrosante	4	1.4
	8. E. basocelular superficial	1	0.3
	9. E. fibroepitelioma	1	0.3
	SUBTOTAL	252	92.3
2. Carcinoma epidermoide		15	5.4
3. Melanina maligno		3	1.0
4. Carcinoma verrucoso invasivo		3	1.0
	SUBTOTAL	21	7.6
	TOTAL	273	100

Hubo 40 casos donde no se había anotado en la historia clínica el sitio anatómico donde se había producido el proceso maligno y los pacientes no se pudieron localizar. En ninguno de los casos estudiados se presentó metástasis y la constante exposición al sol ha podido ser una de las causas de posible etiología para la presencia del cáncer de piel, y más en trabajadores rurales que han venido haciendo con el tiempo su queratosis actínicas, telangictasias, púrpuras actínicas, como la presencia de las neoplasias en las zonas más expuestas de la piel (cara, tronco, cuello).

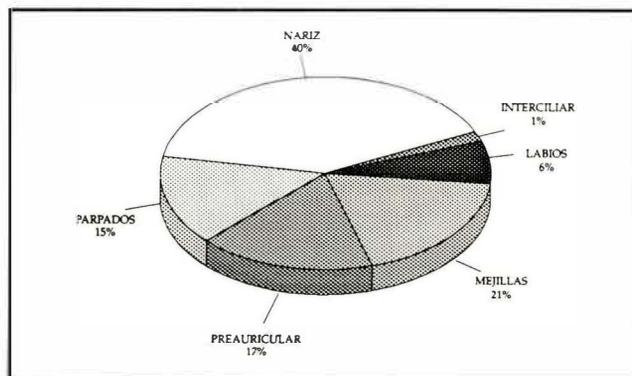
De los tratamientos recibidos en los casos encontrados hubo una curación en un 98% pues algunos casos hasta la fecha y que hicieron recidivas están en observación de los tres primeros años. Las recidivas se presentaron en aquellos casos donde hubo incompleta resección de la lesión; pero en los demás casos después de 3, 5 y 10 años no se había encontrado

otra patología en el sitio operado aunque sí en otras áreas anatómicas en el mismo paciente.

De los pacientes en estudio 25 terminaron con tratamientos de radioterapia, a 6 se les hizo cirugía de trasplante y colgajo de piel y el resto de pacientes completaron su tratamiento con cirugía sencilla con la primera biopsia y cirugía más amplia con resultados muy satisfactorios.



Gráfica 1.



Gráfica 2.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en el presente estudio aportan una fuerte evidencia del papel de los rayos solares en la etiología del cáncer de piel. Otros factores predisponentes como talangietasias, léntigo, púrpura actínica, xerodermia pigmentosa, albinismo son considerados también en esta investigación. La localización casi exclusiva de las neoplasias en las zonas más expuestas de la piel como la cara es otro dato más a favor del papel determinante de las radiaciones UV-B.

Durante 10 años (1984 a 1993) se enviaron al laboratorio de anatomía patológica 2.046 muestras de piel para investigar distintas patologías, encontrándose 273 casos positivos de cáncer de piel (13.3%) en 185 pacientes del Departamento Médico del Complejo Industrial de Barrancabermeja, comprendiendo 29 trabajadores, 47 jubilados y 109 familiares de trabajadores y jubilados. De estos 273 casos encontrados de cáncer de piel, 252 (92%) correspondieron a epitelomas basocelulares y 21 (8%) a otros tipos de cánceres. Profundizando en la investigación se presentaron varios subregistros en el archivo clínico de los pacientes, no pudiéndose localizar todas las historias clínicas, por muerte unos (13), otros se trasladaron a otras

ciudades del país y algunos casos habían sido pacientes transtóricos con datos clínicos de otros distritos.

En conclusión se revisaron solamente 132 historias clínicas en una población cuya edad estaba desde 20 a 80 años y más con un promedio de 55 años correspondiente a 21 trabajadores (16,0%), 38 jubilados (28,7%) y 73 familiares (55,3 %) de trabajadores y jubilados.

Los sitios anatómicos más comprometidos para las lesiones cancerosas fueron la cara con 198 casos (72, 5%) y el resto del cuerpo con 75 casos (27, 5%).

Clínicamente el epiteloma basocelular registró un número elevado de cánceres nodulares ulcerados con 126 casos (50%) sobre 252 del total y para otros cánceres, el carcinoma epidermoide con 14 casos (66%) sobre los 21 del total para este grupo.

Por diagnóstico histopatológico, el epiteloma basocelular sólido fue el más frecuente con 183 casos (67%), el epiteloma basocelular adenoide 27 casos (9.8%), el epiteloma basocelular pigmentado 19 casos (7.0%) y el carcinoma epidermoide 14 casos (5.4%).

En ninguno de los casos se presentó metástasis. De los tratamientos recibidos hubo una curación del 98% según la s evoluciones llevadas en cada caso. En 25 casos terminaron con radioterapia, (19%), a 6 (4,5%) se le hizo cirugía de trasplante y colgajo de piel y el resto de pacientes completaron su tratamiento de cirugía sencilla con la primera cirugía-biopsia.

Se recomienda ampliar más los márgenes de las resecciones de las patologías sospechosas de cáncer de piel para evitar las recidivas frecuentes cuando las resecciones son insuficientemente hechas. Las observaciones periódicas y continuar usando con mayor seguridad para el paciente la quimioterapia, con la ayuda decidida del patólogo.

Para los pacientes: Educarlos desde temprana edad en los beneficios y no beneficios que se presentan al exponerse frecuentemente a los rayos solares y sus consecuencias como también a la consulta temprana y oportuna al médico cuando note y sospeche alguna lesión de origen canceroso.

SUMMARY

This is a retrospective study of 2.406 skin biopsies with the presumptive diagnosis of cancer of the skin, obtained from the files of the Dermatopathology Department of the Ecopeptol's Health Service, in Barrancabermeja, during a ten-year period (1984-1993).

BIBLIOGRAFIA

1. Archives of Dermatology. 1992; 128: 623-627.
2. The Journal of the American Medical Association. 1992; 267: 1090-1094, 1798-1805.
3. The New England Journal of Medicine. 1991; 325: 884-887, 1989; 320: 696-699.
4. Medical Mag. 1992; 3(ESP): 63-64.
5. Soto, J; Pardo, M. MD. Fotoprotección. Una responsabilidad de todos. Servicio de Dermatología. Hospital Militar Central. Bogotá D.C. 1994.
6. Andrews. Tratado de Dermatología. Segunda edición. Nevos y Tumores Epidérmicos. 1981; 29: 813-834.
7. Dermatología. Lederle. Cáncer Cutáneo. Science, Diciembre 1991; 1(1): 22.
8. Fundamentos de Medicina. Dermatología. 2da Edición. Carcinoma Basocelular, 1981; 67: 275. Carcinoma Espinocelular, 1981; 68: 279. Melanoma Maligno, 1981; 71: 291. CIB

9. Gordon C. Sauer. Enfermedades de la Piel. Tercera edición, Tumores de la Piel. 1976; 28: 208-210.
10. Dermatología. Praxis Medica XI. Tumores malignos. 11.320, pp 3-5. 1972.
11. Revista de la Sociedad Colombiana de Dermatología. 1993 Noviembre; 2(5).
12. Robins, Perry; Amonette, Rey. La Quimioterapia y sus Aplicaciones Clínicas. New York University. Tribuna Médica. Enero 1, 1982.
13. Polano, MK; Suumond, D. Tumores de la piel (Malignos y Pseudomalignos). Dermatología en Imágenes. III Basilea-Suiza. pp 2-21, 1980.
14. Dermatosi Geriátricas. Schering Corporation. U.S.A. Atlas. Carcinoma Basocelular, pp 8-10. Carcinoma escamoso, pp 26-28. Dr. Orlando Cañizales. Universidad de New York. 1979.
15. Robinson, June. MD. A Gigantic Basal Cell Carcinoma on the Plantar Arch of a Foot: Report a Case. The Journal of Dermatology Surgery and Oncology. Vol 1, No. 4. Article 16. Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois, 1981.
16. Schwartz, Robert Allen. MD. M.P.H. Sclerodermoid Changes in a Patient with Metastatic Malignant Melanoma. The Journal of Dermatology Surgery and Oncology. Vol. 1, No. 6, pp 11-13. Arizona University, USA. 1981.
17. Marchac, Daniel. MD. Curative and Esthetic Results of Surgical Treatment of 138 Basal-cell Carcinomas. The Journal of Dermatology Surgery and Oncology. Vol. 3, No. 1, pp. 24-32. Hospital Necker Enfants Malades, Paris, France. 1983.
18. Kord, John. MD. Metastatic Basal-cell Carcinoma. The Journal of Dermatology Surgery and Oncology. Vol. 3, No. 3, pp. 58-62. University of Texas. Health and Science Center, Dallas, Texas, USA. 1983.
19. Kopf Alfred. MD; Rodriguez, Rene. MD. "Small Melanomas": Relation of Prognostic Variables to Diameter of Primary Superficial Spreading Melanomas. The Journal of Dermatology Surgery and Oncology. Vol. 3 No. 5, pp. 17-22. New York University Medical Center. 1984.
20. Alper, Joseph; Bogaars, Hendrick; Williams, Roger. MD. The Surgical Management of "in situ" Melanoma. General Hospital, Providence, Rhode Island. USA. pp. 23-25. 1984.
21. Weedon, David. MD. F.R.C.P.A. A Reappraisal of Melanoma in situ. University of Queensland, Princess Alexandra Hospital, Brisbane, Australia. pp. 26-27.
22. Grande, Donald; Whitaker, Duane. MD. Subdermal Basalcell Carcinoma. Tufts University, Boston, Massachusetts. USA. pp. 29-31. 1984
23. Martins, Orlando; Amaro, Joao. MD. Surgical Treatment of Two Squamous-cell-carcinomas in the same lip: Case Report. Centro de Dermatología Cirúrgica Dos S.M.S. do Distrito de Lisboa, Portugal. pp. 3234. 1984.
24. Carizares, Orlando. Manual of Dermatology for Developing countries. Tumours of the skin. Basal cell carcinoma (rodent ulcer). Melanoma. Squamous cell carcinoma-epidermoid carcinoma-prickle cell carcinoma. Oxford Medical Publications. New York University College of Medicine. 1982.
25. SELECCIONES DE LA LITERATURA DERMATOLOGICA. TUMORES:
301. CA. Espinocelular Primario del area Pilonidal.
302. Nevos nevocíticos congénitos y riesgos de melanoma cutáneo.
304. Poroqueratosis de Mibelli y Epiteloma basocelular. Gadelga A. et al. Med. Cut. ILA 12: 117- 121.1984.
305. Carcinoma basocelular del area de las cejas. D. Zubow I.M. J. Dermatology. Surg. Oncol. 10: 608-614. 1984.
317. Carcinomas basocelular multiples de la vulva. Goldberg D. J. Dermatolog. Surg. Oncol. 10: 615-617.1984.
318. Fallas del curetaje y electrodesecación en la remoción de Ca. basocelular. P.C. Sahyr d'Aubermont. R.G. Bennett. Arch. Dermatol. 120: 1456-1460. 1984.
324. Epiteloma basocelular de vulva en HACRE. H. Cabrera, M. López, Med. Cut. ILA. 12: 81-85.1984.
350. Factores pronósticos en melanoma maligno: Estado clínico. Oay C.L.; Lew R.A. J. Dermatol.Surg.Oncol. 10: 351-353. 1984.
355. Melanoma maligno y embarazo. Douglas, S. Reintgon MD. et al. Cáncer 55: 340-344. 1985.
359. El tipo de biopsia y su influencia en la supervivencia en el melanoma cutaneo Estado 2. Lederman Josiane y Sober Arthur. J. Am. Acad. Dermatol. 13: 983-987. 1985.
370. Evaluación del citodiagnóstico en carcinoma basocelular. Gordon L. et al. J Am Acad Dermatol. 12: 1082-1086. 1984.
371. La relación de la exposición solar y la elastosis solar en el carcinoma celular. Zaynon S. Alil, et al. J Am Acad Dermatol. 12: 522-525. 1985. Universidad del Valle, Cali-Colombia, Abril 1984-1986.
26. SELECCIONES DE LA LITERATURA DERMATOLOGICA. Abril 1986- Abril 1988. Vol.4 Universidad del Valle Cali-Colombia.
341. Melanoma maligno y carcinoma escarocelular en un paciente tratado de psoriasis pustular severa. Friedrnan K.J. et al. J. Dermatol.Surg. Oncol. 12: 1290-1293. 1986.
369. Carcinoma basocelular metastásico originado en la región supraparotidea. Dzubowl. J. Dermatol. Surg. Oncol. 12: 1306-1308. 1986.
370. Carcinoma basocelular metastásico. Mikhail G.R. J. Derrnatol. Surg. Oncol. 12: 507-509. 1986.
371. Tratamiento del carcinoma basocelular con interferon intralesional. Greenway H.T. et al. J. Am. Deramtol. 15: 437-43. 1986.
372. Carcinoma basocelular y collagenasa. Golsen J.B. Bauer E.A.J. Dermatol. Surg. Oncol. 12: 812-817. 1986.
377. Carcinoma basocelular infiltrante. Un subtipo no esclerosante. Siegle R.J. et al. J. Dermatol. Surg. Oncol. 12: 830-836. 1986.
378. Carcinoma escamocelular del lecho ungueal tratado como Paroniquia crónica o verruga durante 14 años. Flechnan P. et al. Cutis. 36: 189-191. 1985.
384. La relación de la exposición solar y la elastosis solar en el carcinoma basocelular. Zayron S; Ali L. et al. J Am Acad Dermatol. 12: 522-525. 1985.
27. Atlas dermatológico-clínico-terapéutico. José M. de Moragas y Monsterrat Perez. Carcinoma basocelular. pp. 82-83. Carcinoma espinocelular, pp 198-199. 1988.
28. Walter F. Lever. Epiteliomas primitivos. Intermédica editorial. Buenos Aires. Argentina. 1979.