



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA/ESCUELA DE MEDICINA
TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO

CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR
CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO PERIODO 2017

AUTOR: VALERIA ALEXANDRA VITERI VASCONEZ
TUTOR: DR. JORGE VERA MUTHRE

GUAYAQUIL, MAYO 2018



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PERIODO 2017		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	VALERIA ALEXANDRA VITERI VASCONEZ		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR.JORGE VERA MUTHRE		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MEDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:	68
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	carcinoma basocelular, consulta externa, hospital universitario		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>En relación a la distribución del sexo se determinó que la población de mayor afectación fue pacientes femeninas con un 60%, de la muestra establecida. El grupo etario de mayor frecuencia que se vio afecto con diagnostico a ca. Carcinoma basocelular, fue de pacientes de edad mayores a 61 años con 77%, afectando al sexo femenino de mayor frecuencia. En relación al tipo de carcinoma de mayor frecuencia que se presentó en el estudio fue carcinoma basocelular en una 48% de la población en estudio. Con respecto a la localización de la lesión, se evidencia que en mayor frecuencia se presentó en cara con un 72%, seguido en área de la cabeza un 9%. Factores de riesgo que se determinó en este estudio fue el de mayor frecuencia, a la exposición UV sin aplicación de protector solar, en un numero de 30 pacientes seguido del factor tabaco y alcohol a afectando un 60% de la población femenina del estudio realizado. En relación a la raza la mayor frecuencia de población afectada fue a mestizos en un 84% de la población de estudio.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0959577595	E-mail: valteri30@hotmail.es	

CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil- Facultad de Ciencias Médicas
	Teléfono: 0422390311
	E-mail: http://www.ug.edu.ec



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 11

Guayaquil, 5 DE MAYO DEL 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **AL DR. LUNA RODRIGUEZ HUGO ANTONIO**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación **PREVALENCIA DE CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2017**, elaborado por **VALERIA ALEXANDRA VITERI VASCONEZ** con C.I. No. **0927752378**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO GENERAL, en la CARREA DE MEDICINA/ FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS, ha sido REVISADO Y APROVADO en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Hugo Antonio Luna Rodriguez", written over a horizontal line.

DOCENTE TUTOR- REVISOR
DR. LUNA RODRIGUEZ HUGO ANTONIO
CI. 0906692199



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

ANEXO 12

UNIDAD DE TITULACIÓN

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, **VALERIA ALEXANDRA VITERI VASCONEZ**, con C.I. No. **0927752378**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es "**CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL, PERIODO 2017**" son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

VITERI VASCONEZ VALERIA ALEXANDRA

CI. 0927752378

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales



Universidad de Guayaquil

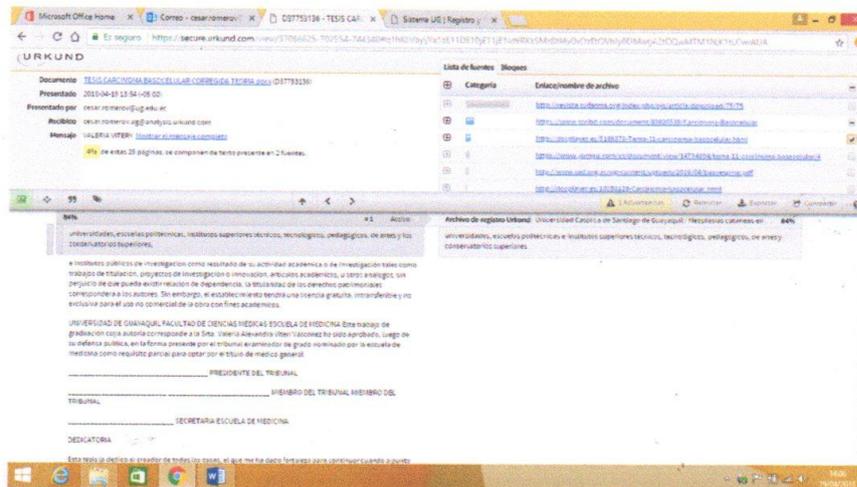
ANEXO 6

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
Unidad de Titulación

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado JORGE VERA MUTHRE, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por VALERIA ALEXANDRA VITERI VASCONEZ C.C.: 0927752378 , con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de _____MEDICO.

Se informa que el trabajo de titulación: **“PREVALENCIA DE CARCINOMA BASO CELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO”** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (indicar el nombre del programa antiplagio empleado) quedando el 4% de coincidencia.



<https://secure.arkund.com/view/16964445-251036-988649#DccxDglxDADBv6>

DR. JORGE VERA MUTHRE, MSC
C.I. 0901782466



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil 08 de Mayo 2018

Sr. Dr.

CECIL FLORES

DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Cuidad.-

De mis consideraciones:

Envío a usted el informe correspondiente a la tutoría realizada al trabajo "CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL, PERIODO 2017" del estudiante VALERIA ALEXANDRA VITERI VASCONEZ, indicando ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) esta(n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

TUTOR DE TRABAJO DE TITULACION

C.I. 0901782466



Universidad de Guayaquil

ANEXO 7

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 5 de mayo del 2018
Sr. Dr. Cecil flores

**DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **PREVALENCIA DE CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2017** del estudiante **VALERIA ALEXANDRA VITERI VASCONEZ** las gestiones realizadas me permiten

Indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de ___ palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo ___ años.
- La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante **VALERIA ALEXANDRA VITERI VASCONEZ** está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente

DOCENTE TUTOR- REVISOR
DR. LUNA RODRIGUEZ HUGO ANTONIO
CI: 0906692199



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este trabajo de graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Valeria Alexandra Viteri Vásconez ha sido aprobado, luego de su defensa publica, en la forma presente por el tribunal examinador de grado nominado por la escuela de medicina como requisito parcial para optar por el título de médico general.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mis padres que han sabido formarme con amor, buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis hermanos, que con su ayuda y compañía me alegran día a día y me motivan a seguir adelante.

A mi esposo, que, con su cariño, dedicación y entrega, ha sido pilar fundamental en mí último y más difícil año de carrera.

A mi familia en general y a todas esas personas que me han brindado su apoyo incondicional para alcanzar mi meta y han compartido conmigo buenos y malos momentos.

Quisiera dedicar mi tesis a ustedes, personas de bien, seres que ofrecen amor, bienestar, y los finos deleites de la vida.

Muchas gracias a aquellos seres queridos que siempre aguardo en mi alma.

AGRADECIMIENTO

Gracias de corazón a mi tutor Dr. Jorge Vera Muthre

Por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento. Ha hecho lo fácil lo difícil. ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

A mis padres, por haberme proporcionado la mejor educación y lecciones de vida, por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue, y que en esta vida nadie regala nada y que todo lo que uno obtiene es a través de tus propios méritos.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes; he logrado con éxito un proyecto que en un principio podría parecer tarea titánica e interminable.

Le agradezco a mi institución y maestros por sus esfuerzos para que finalmente pudiera graduarme como una feliz profesional.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR	¡Error! Marcador no definido.
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS¡Error! Marcador no definido.	
DEDICATORIA	x
AGRADECIMIENTO	xi
RESUMEN	xviii
ABSTRACT	xix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
1.4 JUSTIFICACION	5
1.5 DETERMINACION DEL PROBLEMA	6
1.6 VARIABLES	7
DEPENDIENTES	7
1.6.1 INDEPENDIENTES	7
1.6.2 INTERVINIENTES	7
1.7 HIPÓTESIS	7
HISTORIA	9
2.2. EPIDEMIOLOGIA	10
FACTORES PREDISPONENTES DEL CARCINOMA BASOCELULAR	12

2.2.1 HISTOPATOLOGIA.....	13
CÉLULAS PLURIPOTENCIALES	15
RAYOS ULTRAVIOLETAS.....	15
FOTOTIPO DE PIEL	16
RADIACIONES IONIZANTES	16
INMUNOSUPRESIÓN.....	16
HÁBITOS TABÁQUICOS	17
FACTORES OCUPACIONALES	17
CARACTERÍSTICAS CARCINOMA BASOCELULAR	17
CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL.....	18
CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO	18
CARCINOMA BASOCELULAR QUÍSTICO	18
CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME O ESCLEROSANTE	18
ULCUS RODENS	19
FIBROEPITELIOMA DE PINKUS.....	19
CARCINOMA BASOCELULAR ABERRANTE	19
ÁREAS DE ALTA SENSIBILIDAD	19
RECIDIVAS VS METÁSTASIS.....	19
CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS.....	21
PATRÓN VASCULAR	21
PIGMENTACIÓN AZUL-GRISÁCEA.....	21
ULCERACIÓN	22
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS	22
ORGANIZACIÓN TUMORAL	22
ESTROMA PERITUMORAL	22
DERMIS ADYACENTE.....	24
INFILTRADO CELULAR	24
INVASIÓN TUMORAL.....	24

INVASIÓN PERINEURAL	25
SUBTIPOS MORFOLÓGICOS.....	25
PATRÓN SÓLIDO	25
PATRÓN MICRONODULAR	25
PATRÓN SUPERFICIAL MULTIFOCAL	26
PATRÓN INFILTRANTE O INFILTRATIVO	26
PATRÓN MORFEIFORME O ESCLEROSANTE	26
PATRÓN BASOESCAMOSO.....	26
TIPO QUÍSTICO	26
TIPO PIGMENTADO	27
DIFERENCIACIÓN ADENOIDE	27
DIFERENCIACIÓN FOLICULAR O INFUNDIBULOQUÍSTICO	27
FIBROEPITELIOMA DE PINKUS	27
2.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	27
2.2.3 CLASIFICACIÓN TNM DEL CARCINOMA BASOCELULAR	27
TUMOR PRIMARIO.....	27
GANGLIOS REGIONALES.....	28
METÁSTASIS A DISTANCIA	28
2.2.4TRATAMIENTO	28
CIRUGÍA CONVENCIONAL	28
CIRUGÍA DE MOHS O MICROCIRUGÍA DE MOHS	29
CURETAJE Y ELECTROCIRUGÍA	29
RADIOTERAPIA.....	30
CRIOCIRUGÍA	30
LÁSER DE DIÓXIDO DE CARBONO	31
TERAPIA FOTODINÁMICA.....	31
IMIQUIMOD AL 5%.....	32
5-FLUORACILO	32

2.3 REFERENTES INVESTIGATIVOS.....	32
CAPITULO III.....	33
MARCO METODOLÓGICO.....	33
METODOLOGÍA.....	33
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	33
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	33
UNIVERSO.....	33
MUESTRA.....	33
VIABILIDAD.....	33
CRITERIOS DE INCLUSION.....	34
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	34
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	34
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	36
TIPO DE INVESTIGACION.....	36
METODOS DE INVESTIGACION TEORICOS.....	36
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS.....	36
MATERIALES.....	36
METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	37
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	37
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	37
CAPITULO IV.....	38
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
DISCUSIÓN.....	47
CAPÍTULO VI.....	48
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50

ÍNDICE DE TABLA

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DERMATOLÓGICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017 REPRESENTANDO NEOPLASIAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS.....	39
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS 269 PACIENTES CON NEOPLASIAS, REPRESENTANDO A CARCINOMA IN SITU, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.....	40
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA AL SEXO, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.....	39
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA AL GRUPO ETARIO, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	41
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA TIPO DE CARCINOMA, ESTABLECIDO EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	42
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	43
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA A LOS FACTORES DE RIESGO, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	44
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA A LA RAZA DEL PACIENTE, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	45

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

ILUSTRACIÓN 1. DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DERMATOLÓGICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.....	
ILUSTRACION 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS 269 PACIENTES CON NEOPLASIAS, REPRESENTANDO A CARCINO MA IN SITU, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.....	
ILUSTRACION 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA AL SEXO, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	40

ILUSTRACIÓN 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA AL GRUPO ETARIO, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	41
ILUSTRACIÓN 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA TIPO DE CARCINOMA, ESTABLECIDO EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	43
ILUSTRACIÓN 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017	44
ILUSTRACIÓN 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA A LOS FACTORES DE RIESGO, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	45
ILUSTRACIÓN 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS 120 PACIENTES, REPRESENTA A LA RAZA DEL PACIENTE, ASOCIADO AL CARCINOMA ATENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2017.	46

**CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR
CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO PERIODO 2017**

Autor: VALERIA ALEXANDRA VITERI VÁSCONEZ

Tutor: DR. JORGE VERA MUTHRE

RESUMEN

En relación a la distribución del sexo se determinó que la población de mayor afectación fue pacientes femeninas con un 60%, de la muestra establecida. El grupo etario de mayor frecuencia que se vio afecto con diagnóstico a ca. Carcinoma basocelular, fue de pacientes de edad mayores a 61 años con 77%, afectando al sexo femenino de mayor frecuencia. En relación al tipo de carcinoma de mayor frecuencia que se presentó en el estudio fue carcinoma basocelular en una 48% de la población en estudio. Con respecto a la localización de la lesión, se evidencia que en mayor frecuencia se presentó en cara con un 72%, seguido en área de la cabeza un 9%. Factores de riesgo que se determinó en este estudio fue el de mayor frecuencia, a la exposición UV sin aplicación de protector solar, en un número de 30 pacientes seguido del factor tabaco y alcohol a afectando un 60% de la población femenina del estudio realizado. En relación a la raza la mayor frecuencia de población afectada fue a mestizos en un 84% de la población de estudio.

Palabras claves: carcinoma basocelular, consulta externa, hospital universitario.

**CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS POR
CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO PERIODO 2017**

Autor: VALERIA ALEXANDRA VITERI VÁSCONEZ

Tutor: DR. JORGE VERA MUTHRE

ABSTRACT

Regarding the sex distribution, it was determined that the most affected population was female patients with 60% of the established sample. The age group most frequently affected was diagnosed at ca. Basal cell carcinoma was in patients older than 61 years old with 77%, affecting the female sex more frequently. In relation to the type of carcinoma of greater frequency that was presented in the study was basocellular carcinoma in 48% of the study population. With respect to the location of the lesion, it is evidenced that in greater frequency it was presented on the face with 72%, followed in the head area by 9%. Risk factors that were determined in this study were the most frequent, to UV exposure without application of sunscreen, in a number of 30 patients followed by tobacco and alcohol factor affecting 60% of the female population of the study performed. In relation to race, the highest frequency of affected population was mestizos in 84% of the study population.

Keywords: basal cell carcinoma, outpatient clinic, university hospital.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es un tumor maligno de la piel que, se cree, surge del folículo piloso, también llamado basalioma o carcinoma de células basales, es la forma más frecuente de cáncer de piel, y se puede encontrar principalmente en cara, nariz y frente. Siendo más común en la población blanca mundial y el tumor cutáneo más frecuente; representa aproximadamente el 70% de las enfermedades malignas de la piel. (1)

El riesgo de la aparición de un carcinoma basocelular aumenta con antecedentes familiares de la enfermedad y con una exposición acumulativa de luz sol ultravioleta o de sustancias químicas carcinogénicas, en especial el arsénico. El tratamiento se realiza con cirugía, cirugía micrográfica de Mohs, quimioterapia tópica, rayos X, criocirugía o terapia fotodinámica. Rara vez compromete la vida del paciente, pero, de no ser tratada, puede llegar a ser desfigurante, causar sangrado y producir destrucción local en ojo, nariz, oreja y labios. El término basalioma procede de que el tumor se origina en las células del estrato germinativo basal, que es la última capa de la epidermis. (2)

Para el diagnóstico de carcinoma basocelular es necesario realizar una buena historia clínica, exploración física y biopsia de la lesión sospechosa. No obstante, la dermatoscopia se constituye en un método útil, no invasivo y económico, que nos aproxima más al diagnóstico correcto, cuya base es la observación submacroscópica de lesiones pigmentadas, melanocíticas o no melanocíticas, ya que permite observar estructuras epidérmicas y dérmicas, a través de la amplificación de imagen, eliminando la refracción del estrato córneo.

En el año 2002, se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital "Luis Vernaza" de la ciudad de Guayaquil, donde se determinó la incidencia de Carcinoma Basocelular en Guayaquil, se analizaron 18.160 placas de estudios histopatológicos, correspondientes a los años 1966 a 2002, encontrándose que, 538 estudios (2.09%) presentaban el diagnóstico de carcinoma basocelular, hallándose como localización más frecuente: cabeza

y cuello con 76%, sin diferencia entre género. Y el subtipo histológico más frecuente fue el nodular con el 69%, el diagnóstico se realizó de forma clínica, a lo cual le siguió la confirmación histológica mediante toma de biopsia. (3)

Esta investigación además de establecer prevalencia de casos en el Hospital Universitario de Guayaquil, a su alta frecuencia existen poca información sobre factores de riesgo, el carcinoma espinocelular y el carcinoma basocelular se los relacionaba como cáncer de piel no melanoma y se atribuían mayormente a la exposición a rayos ultravioletas. La distribución del carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular no es la misma, el carcinoma espinocelular es más común en áreas de exposición solar intensa, mientras que el carcinoma basocelular mucho menos clara que en el caso del carcinoma espinocelular.

Esta relación entre la radiación ultravioleta y el carcinoma basocelular es compleja, y discutida especialmente en cuanto a los patrones de exposición solar en diferentes períodos de la vida, que se suponen críticos para el desarrollo tumoral. Estudios de casos-controles recientes documentan una falta de asociación con la exposición solar acumulada y un riesgo aumentado con la exposición solar en etapas tempranas de la vida. Además de la exposición a radiaciones ultravioletas, factores del huésped, como color del pelo y ojos, tendencia a quemarse con el sol o pobre capacidad de bronceado también han sido asociados a mayor riesgo de carcinoma basocelular. (4)

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Carcinoma Basocelular es la neoplasia más común en humanos, y su incidencia ha incrementado en las últimas décadas. A pesar de su bajo grado de mortalidad y su rara ocurrencia de metástasis, el tumor puede ser localmente invasivo y recurrir tras el tratamiento causando significativa morbilidad. (5)

En el año 2002, se realizó un estudio estadístico para determinar la incidencia del carcinoma basocelular y espinocelular en el Departamento de Dermatología del Hospital Luis Vernaza, en el período comprendido desde enero de 1966 hasta septiembre del 2002, se analizaron un total de 18.160 informes de estudios histopatológicos, de ellos 538 (2.96%) reportes de CBC y 222 (1.22%) reportes de CEC, con un promedio por año de 14 y 6 pacientes respectivamente.

Durante los últimos años la demanda de las consultas de dermatología han experimentado un gran incremento sobre todo en la población de edad avanzada asociado al aumento en la esperanza de vida. El carcinoma basocelular es una neoplasia maligna derivada de células no queratinizadas que se originan en la capa basal de la epidermis. Si no es tratado el carcinoma basocelular sigue su invasión localmente y puede conducir a daño tisular que compromete la función y la estética. Sin embargo, la metástasis es extremadamente rara que se presente. El carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente en los seres humanos representando el 25% de todos los tumores en Estados Unidos de Norte América y el 75% de todos los cánceres de piel no melanomas. La incidencia de cáncer de piel es un fenómeno relacionado directamente con la edad. El aumento en la incidencia de cáncer de piel se ha documentado en todo el mundo. Dicho aumento podría ser producto de diferentes factores, entre los cuales vale la pena mencionar la creciente exposición recreacional al sol, asociada a la

cultura del bronceado como un símbolo de belleza, favoreciendo exposiciones prolongadas y continuas. Es más frecuente en individuos ancianos, pero se vuelve cada vez más frecuente en los individuos menores de 50 años, donde se ha demostrado en estudios recientes un incremento significativo en mujeres menores de 40 años. Se desarrolla sobre piel expuesta al sol y es más frecuente en individuos de piel blanca, puesto que la melanina es un protector solar natural. (6)

El 20% está localizado en nariz seguido por otros sitios del rostro. Los hombres se ven afectados ligeramente más que las mujeres. Actualmente la diferencia respecto a las mujeres es mucho menos significativa debido al cambio de estilo de vida de muchas de ellas. Los pacientes que presentan carcinoma basocelular tienen 3 veces más riesgo de presentar melanoma, pero no así otro tipo de tumor.

La prevención se basa en el conocimiento de los factores de riesgo y el diagnóstico temprano, de ahí surge nuestro interés de realizar un estudio en el que se pueda determinar los hallazgos dermatoscópicos del carcinoma basocelular en la población ecuatoriana.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cuáles son los Factores De Riesgo que predisponen al carcinoma basocelular?
2. ¿Qué incidencia tiene el carcinoma basocelular en los pacientes que acuden a consulta de dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgos e incidencia del Carcinoma Basocelular para contribuir con un plan de prevención sobre los factores de riesgo a los pacientes que tienen su primer control.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la prevalencia de carcinoma según el sexo y grupo etario.
- Obtener los factores de riesgos más prevalentes del carcinoma basocelular captado en el Hospital Universitario de Guayaquil
- Ofrecer al servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil las recomendaciones para los pacientes que padecen la patología.

1.4 JUSTIFICACION

El propósito de este trabajo de investigación es determinar cuáles son los factores de riesgo que se asocia al carcinoma basocelular.

Pretende demostrar la incidencia que tiene este cuadro clínico y sobre todo aportar en los estudios que se hacen sobre la presencia de la enfermedad, para ampliar bases teóricas para futuras investigaciones, específicamente en lo que tiene que ver con el registro y control que tienen los pacientes atendidos en el hospital Universitario de Guayaquil.

El Carcinoma basocelular es el tumor cutáneo más frecuente y supone el 60% de todos ellos. Se presenta en edades entre los 50 a 70 años, aunque se han descrito casos que involucran grupos etarios cada vez más jóvenes. Su incidencia aumenta con la edad y presenta una relación varón – mujer (2:1), siendo más frecuente en la raza blanca. Se caracteriza por un crecimiento lento y rara vez produce.

A partir del año 2005, se diagnostican aproximadamente 60 casos de carcinoma basocelular anualmente en el servicio de Dermatología del Hospital Luis Vernaza, los mismos que acuden en primera instancia a la

consulta externa, para luego, posterior al examen clínico realizarse su confirmación histopatológica.

1.5 DETERMINACION DEL PROBLEMA

Aunque el carcinoma basocelular es un tumor que presenta mayor frecuencia, a diferencia de otros tumores malignos, lo que dificulta la estimación exacta del problema en términos de incidencia. En Ecuador también se ha reportado un aumento en la frecuencia de casos de esta neoplasia en los últimos años. En el Hospital Universitario de Guayaquil se observa un registro considerable de casos de pacientes que acuden a dermatología, se conoce que la causa principal de este tumor es la radiación ultravioleta; sin embargo, la interacción luz y piel es compleja y depende de las horas de exposición solar, el fototipo, el uso de elementos de protección solar, entre otros. Se sabe también que a mayor altitud y menor latitud aumenta la intensidad. Por lo anterior, se podría considerar que la población ecuatoriana, por su geografía y su mestizaje tendría mayor riesgo de desarrollar carcinoma basocelular. El estudio a investigar es desde el periodo de 2017 una vez estudiados todos los pacientes con diagnóstico de carcinoma Basocelular que acudieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil nos proponemos a delimitar la incidencia y sus factores de riesgo predominantes.

Naturaleza: Clínico Teórico.

Campo: Salud.

Área: Dermatología

Tema / Investigar: incidencia y factores de riesgo predominantes

Lugar: Hospital Universitario de Guayaquil

Periodo: 2017

1.6 VARIABLES

DEPENDIENTES

- Factores de riesgo.

1.6.1 INDEPENDIENTES

- Carcinoma basocelular

1.6.2 INTERVINIENTES

- Nivel socio económico
- Consumo de cigarrillo, alcohol
- Antecedentes familiares
- Edad
- Raza

1.7 HIPÓTESIS

La frecuencia del ca dermatológico, en las muestras analizadas, es más del 70%, y del carcinoma basocelular es el de mayor frecuencia dentro del muestreo que se realizó, la localización donde más se encontró lesión tipo cancerígenas fue en el área de la cara, cabeza partes que estas en permanente exposición solar.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 CARCINOMA BASOCELULAR

ETIOLOGÍA

Un tumor epitelial maligno que se origina en las células basales de la epidermis y de sus anexos. descritos por Jacob en 1807, que surgen de células pluripotenciales de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo a nivel del istmo inferior y de la protuberancia. En relación con su etiopatogenia se ha reconocido ampliamente el papel de la radiación ultravioleta; donde ésta ha sido ampliamente aceptada como el determinante más importante para el desarrollo del carcinoma basocelular. (1)

Están involucradas mutaciones de distintos genes, entre las que se destaca la del gen supresor de tumor Patched en el cromosoma 9q 22. El aspecto clínico-patológico y el comportamiento biológico de los CBC, dependen de la interacción entre el epitelio y el estroma que lo rodea. (2)

La exposición a luz UVB produce daño directo al ADN ya que induce mutaciones en los genes supresores tumorales mientras que la exposición UVA induce estrés fotooxidativo y mutaciones a través de la generación de especies reactivas de oxígeno generando un nexo potencial entre la luz UV y la disminución de la inmunidad (3)

Las exposiciones muy intensas, aunque de corta duración son las que generan mayor riesgo de carcinoma basocelular. Se dice que cinco quemaduras solares antes de los 18 años aumentan la probabilidad en un 50% de cáncer cuando se llega a la adultez (3)

Se ha descrito que la RUV más alta del planeta puede detectarse sobre el trópico en horas cercanas al medio día, y a su vez esta intensidad en la radiación puede verse incrementada cuando se aumenta la altura sobre el nivel del mar. El vivir en el ámbito rural tiene una alta correlación con la exposición laboral, debido en gran parte a la mayor probabilidad de estar

inmerso en actividades al aire libre en las horas del mediodía. Sin embargo, otros factores como el pobre acceso a campañas preventivas, servicios de salud y medios de comunicación y además hay más propensión a no emplear métodos de protección solar, incrementando el riesgo de padecer esta enfermedad. (4)

La sensibilidad cutánea frente a la RUV (fototipo) podría ser un factor para el desarrollo de la enfermedad, específicamente en sujetos fototipo I y II, Pero se ha demostrado en varios estudios que el fototipo III es un grupo de alto riesgo, dado que estas personas experimentan una falsa sensación de seguridad ante la RUV, puesto que en las primeras exposiciones sufren quemaduras leves a moderadas, pero posteriormente desarrollan capacidad de broncearse.

HISTORIA

Los primeros reportes sobre la existencia del CBC se remontan a estudios realizados hace más de 4000 años, en esqueletos de momias del antiguo Egipto. Durante el Siglo XIV, se le conoció como “noli-me-tangerec” que significa: no deseo que me toques. (5)

En 1927, Jacob lo describe como una úlcera en la cara de crecimiento muy lento, bordes peculiares que recuerda a la mordedura de una rata, por lo que se llamó “ulcus rodens”; de naturaleza incurable si no se extirpa y sin afectación de los ganglios linfáticos. (6)

El término de epiteloma basocelular o de células basales, fue propuesto por el alemán Krompecher en 1903, por su similitud a las células basales de la epidermis, pero actualmente, tras una sólida defensa por parte de los dermatólogos anglosajones, se ha aceptado universalmente el término de Carcinoma Basocelular (CBC) o Carcinoma de Células Basales, con el propósito de resaltar la malignidad de este tumor. (6)

El cáncer de piel ha mostrado un incremento paulatino a nivel mundial ya que constituye por su importancia un problema de salud.¹ El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente en el ser humano. Representa aproximadamente entre un 70 y un 80 % de los cánceres cutáneos no melanoma en la población de color de piel blanca. Su tasa de

incidencia se ha incrementado en un 20 % en las últimas 2 décadas y ha involucrado a grupos etarios cada vez más jóvenes. (2)

En 1965, Pinkus, indicó que el tumor derivaba de las células pluripotenciales de la zona basal de la epidermis, con tendencia a formar estructuras anexiales. Actualmente, tras una sólida defensa por parte de los dermatólogos anglosajones, se ha aceptado universalmente el término de Carcinoma Basocelular (CBC) o Carcinoma de Células Basales, con el propósito de resaltar la malignidad de este tumor. (7)

2.2. EPIDEMIOLOGIA

El carcinoma basocelular es el tumor maligno de piel más frecuente, representando el 70% aproximadamente, de todos los cánceres cutáneos no melanomatosos. Las tasas de incidencia del carcinoma basocelular varían según la localización geográfica, en países como Alemania, entre los años 1998-2000, la incidencia era de 100,2 hombres por cada 100.000 habitantes por año y 72,6 mujeres por cada 100.000 habitantes por año. En la ciudad de New Hampshire, Estados Unidos de Norteamérica, para los años 1993-1994, la tasa de incidencia era de 309 hombres y de 100,5 mujeres por cada 100.000 habitantes por año, mayor que el reporte realizado 14 años antes en ese mismo lugar. En Australia la incidencia generalmente es mayor que en las regiones cercanas al Ecuador, teniendo para 1997 en la ciudad de Townsville, al norte de Queensland, una incidencia de 2.058 hombres y 1.194 mujeres por cada 100.000 habitantes. (8)

En Venezuela se conocen estadísticas parciales de distintos centros; por ejemplo, la Dra. Ismery Cabello (1996) estudió la epidemiología del carcinoma basocelular, que se diagnosticaron en adultos jóvenes durante un lapso de 10 años, en el Laboratorio de Dermatopatología de la Universidad de Oriente, encontrando 489 tumores cutáneos con diagnóstico de carcinoma basocelular. De este grupo 32 tumores (6,5%), correspondieron a 29 pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre 18 a 34 años. (9)

En el 2003, Fernández y col, analizaron el carcinoma basocelular diagnosticados en el Laboratorio de Dermatopatología del Instituto de Biomedicina del Hospital Vargas, en un lapso de 16 meses; de 4.148

biopsias realizadas en el lapso comprendido entre mayo 2001 y agosto 2002, el 5% (203) correspondieron a carcinoma basocelular, a los cuales se les analizó sus características clínicas e histológicas. La incidencia del carcinoma basocelular en Europa, Canadá, USA y Australia, se incrementa de 3 a 6% cada año, constituyendo por esta razón, un reto diagnóstico y terapéutico. Específicamente en Australia, se sugiere que el incremento de los carcinomas cutáneos no melanomatosos desde 1985 a 1995, es de 20% en el carcinoma basocelular y de 79% en el carcinoma espinocelular. (10)

A pesar de tratarse de un tumor de baja malignidad, tiene una alta incidencia, que, desde el punto de vista de morbilidad, lo hace un problema importante de salud, generando grandes costos en tratamiento; estimándose en países como USA, un costo de 500 millones de dólares anuales, Se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino, con una proporción de 2:1, presumiblemente relacionado a una mayor exposición solar por motivos ocupacionales, Sin embargo, existen reportes en los que se observa un leve predominio del sexo femenino sobre el masculino. (11)

Los carcinomas basocelulares se localizan generalmente en áreas expuestas a la luz solar; su ubicación en la cara y el cuello representan el 80% de todas las lesiones, seguido de áreas como los hombros, pecho y espalda con el 15% y el resto, se distribuyen en otras áreas del cuerpo. Discriminando la región de cabeza y cuello, las áreas más frecuentemente afectadas son la región nasal, frontal, periorbitaria y la auricular. Esta distribución por regiones anatómicas tiene algunas variantes en los distintos trabajos reportado, en el estudio de Raasch et al., realizado en Australia, se reporta un predominio de lesiones en cara y cuello, exceptuando aquel carcinoma basocelular con tipo histológico superficial, que son más abundantes en tronco y extremidades. (12)

Una acepción especial, son el carcinoma basocelular que se ubican en áreas poco frecuentes, como las axilas, región mamaria, región inguinal, genital, palmas, plantas y región periungueal, a este tipo de tumores se les denomina carcinoma basocelular de ubicación inusual o carcinoma basocelular aberrantes. Pueden observarse variaciones entre ambos sexos,

después de la zona de mayor afectación (nasal y surcos nasogenianos), en el sexo femenino las áreas más afectadas son las regiones frontal y periorbitaria, a diferencia del sexo masculino, en el que son las regiones genianas y los pabellones auriculares las más afectadas. La preferencia en hombres por la ubicación en orejas y nuca, se puede explicar por el tamaño del cabello, que, en las mujeres, su largo las fotoprotege. (13)

El carcinoma basocelular es un tumor cutáneo que afecta comúnmente a personas mayores, con una edad media entre la sexta y séptima década de la vida según múltiples reportes, sin embargo, se observa con preocupación, que existe un incremento de este tipo de lesiones en personas menores de 40 años, en las cuales se aprecia un comportamiento histológico más agresivo. (14)

FACTORES PREDISPONENTES DEL CARCINOMA BASOCELULAR

Los factores que predisponen carcinoma basocelular están: (15)

1. La raza blanca. El 90 % de los pacientes afectados son de raza blanca; sobre todo aquellos individuos con poca capacidad para broncearse.
2. La exposición solar excesiva y en forma crónica; por ejemplo, deportistas, pescadores, granjeros, obreros de construcción, etc.
3. El sexo masculino es más propenso a padecer de carcinoma basocelular.
4. La exposición crónica a radiaciones ionizantes, los rayos X, radio y sustancias radiactivas naturales o artificiales; como es el caso de los trabajadores que manipulan sustancias radiactivas, físicos, dentistas, técnicos radiólogos, entre otros.
5. La radioterapia para acné, se ha relacionado con la aparición de cáncer de piel 20 a 30 años después del tratamiento.
6. Áreas de piel expuestas al arsénico inorgánico.
7. Patologías genéticas, como el Xeroderma Pigmentoso, el Síndrome Basocelular Nevoide, el Síndrome de Bazex, el Nevus Sebáceo de Jadassohn y el Nevus Organoide.
8. Lesiones previas como cicatrices por quemaduras, los pólipos fibroepiteliales, las manchas en vino de oporto, léntigos solares y siringomas.

9. Individuos adultos con lesiones solares desde la infancia como efélides, léntigos actínicos y nevus melanocíticos
10. Una historia personal o familiar de cáncer de piel, aumenta el riesgo de padecer carcinoma basocelular.

2.2.1 HISTOPATOLOGIA

Microscópicamente, los carcinomas basocelulares muestran, a pequeño aumento, una estructura formada por nidos de células basalioides, en disposición aleatoria y con agrupamiento de células en la periferia, a modo de empalizada, rodeados por unos espacios claros “de retracción”. Las células tumorales presentan un núcleo hipercromático con citoplasma relativamente pequeño y mal definido. Existen numerosas figuras mitóticas, a veces atípicas, y un número bastante alto de células en apoptosis. En las zonas de alto índice de proliferación, podemos encontrar, al microscopio electrónico, engrosamiento y duplicación de la membrana basal, mientras que dónde no se desarrolla ésta, con mucha frecuencia se advierten proyecciones en forma de pseudópodos citoplasmáticos. En la periferia de los nidos neoplásicos, las células tienen morfología cilíndrica, larga y estrecha, con escaso citoplasma y núcleo de tamaño considerable y fuertemente basófilo. Estas células tienen menos desmosomas, lo cual parece ser responsable, en cierta medida, de la retracción que aparece entre los nidos tumorales y el estroma.

El carcinoma basocelular presenta una considerable variabilidad en su morfología, y como consecuencia, se han definido numerosos subtipos histopatológicos.

El carcinoma basocelular sólido o nodular es la variante más frecuente. Se compone de islotes sólidos de células basalioides con agrupamiento periférico y disposición al azar

de las células centrales. El tipo micronodular es similar al sólido, pero con menor tamaño de los nidos. Cuando, debido a la degeneración celular de las células centrales, se observan uno o más espacios quísticos, se denomina carcinoma basocelular quístico. El carcinoma basocelular superficial está compuesto por múltiples pequeños islotes de células

basalioides unidas a la porción inferior de la superficie de la epidermis, y generalmente confinada a la dermis papilar. El carcinoma basocelular pigmentado contiene melanina. (16)

El carcinoma basocelular tipo adenoide consiste en bandas finas de células basalioides en un patrón reticular, con abundante mucina estromal.

El carcinoma basocelular infiltrativo, formado por cordones o nidos alargados de células basalioides entre las bandas del colágeno dérmico. El tipo esclerosante está constituido por bandas elongadas y estrechas y pequeños islotes de células neoplásicas embebidas en un estroma fibroso denso. El término queloidal se ha utilizado en los casos en que aparecen bandas de colágeno esclerótico en el estroma. El tipo queratósico es una variante similar al tipo sólido, pero con diferenciación escamosa y queratinización de los centros de los islotes, sin diferenciación folicular. En caso de aparecer dicha diferenciación, estamos ante un carcinoma basocelular tipo folicular. El carcinoma basocelular metatípico compuesto por nidos y bandas de células que maduran a células más grandes y pálidas. El carcinoma basoescomoso es un carcinoma basocelular que se diferencia a carcinoma de células escamosas.

Otros tipos morfológicos (que no variantes anatomoclínicas) son el fibroepitelioma (de Pinkus), los carcinomas basocelulares con diferenciación neuroendocrina o anexial (con diferenciación sebácea, ecrina, apocrina o matricial), los carcinomas basocelulares pleomórficos, de células claras, en anillo de sello, granulares, adamantinoide, etc.

Otra teoría es que Histológicamente puede clasificarse según criterios de Lever en: diferenciados e indiferenciados sólidos; semejante histológicamente a estructuras anexas epidérmicas que pueden ser capilares, glandulares o adenoideas y mixtos, que le dan o no, origen al tumor. Son de crecimiento lento y una vez instituido el tratamiento adecuado, el pronóstico es favorable. Excepcionalmente producen metástasis, pero pueden causar significativa morbilidad. El carcinoma basocelular actualmente no es considerado una amenaza para la vida de los pacientes, pero representan gran impacto económico en los servicios de salud y días

laborables perdidos. También hay una afectación psicológica, se ve involucrada la autoestima del paciente ya que éstos, pueden aparecer en lugares visibles de la cara. (17)

En el carcinoma basocelular, se ha determinado que la etiología es multifactorial, donde tanto factores constitucionales como ambientales, pueden jugar un papel fundamental en su desarrollo. A continuación, se describen características de estos factores y la forma como favorecen la aparición de carcinoma basocelular.

CÉLULAS PLURIPOTENCIALES

La ubicación del carcinoma basocelular es casi exclusiva de la piel provista de folículos pilosos, por lo que se ha sugerido su origen en la unidad pilosebácea. Algunos trabajos reportan que la expresión de citoqueratinas de las células neoplásicas del carcinoma basocelular, son semejantes a las del epitelio de la vaina radicular externa del folículo piloso, lo que apoya la hipótesis de un origen folicular. Sin embargo, lo que se ha propuesto, es que el carcinoma basocelular se desarrolla a partir de las células pluripotenciales tanto de la zona basal de la epidermis como de la vaina radicular externa del pelo, a nivel del istmo y la protuberancia. (18)

RAYOS ULTRAVIOLETAS

El más importante de los factores involucrados, es la exposición a las radiaciones ultravioletas, con un incremento importante de estos tumores en las últimas décadas, por disminución de la capa de ozono. Las radiaciones ultravioletas producen inmunosupresión y daños en el ADN, que altera su proceso de reparación. La radiación ultravioleta favorece el proceso de apoptosis generando mutaciones del p53 (en el 40-50% de los casos de carcinoma basocelular), que induce la formación de fotodímeros y aumentando las mutaciones de los proto-oncogenes de la familia ras; además, producen mutaciones del gen supresor tumoral PTCH (human homologue Drosophila patched gene). Después de la exposición solar, se elevan la interleucina 4 y la interleucina 10, disminuyendo la vigilancia antitumoral, factor que favorece el desarrollo de los tumores. (19)

La capa natural de ozono, que recubre la tierra absorbiendo los rayos ultravioletas dañinas, presenta disminución desde 1985 debido a la polución ambiental. Compuestos químicos como los clorofluorocarbonos que se utilizan en refrigerantes, solventes, aires acondicionados, entre otros; son los causantes de que disminuya la capa de ozono, hecho que es más evidente en la Antártica. Se ha calculado que por cada 1% que disminuya la capa de ozono, ocurre un incremento del 1,7 al 3% anual de carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular, respectivamente. (20)

FOTOTIPO DE PIEL

A menor fototipo de piel según Fitzpatrick, existe mayor riesgo de padecer de CBC. En la actualidad se estima, que 3 de cada 10 personas de raza blanca, tienen la posibilidad de desarrollar un carcinoma basocelular; siendo mayor aún el riesgo, en aquellas personas que tienen poca o ninguna capacidad de broncearse y con antecedentes de quemaduras solares antes de los 20 años. En los pacientes albinos, los carcinomas basocelulares son de tipos histológicos más agresivos.

RADIACIONES IONIZANTES

La exposición ocupacional y la administración de tratamientos de radioterapia prolongados, se han asociado con carcinomas cutáneos no melanomatosos. El incremento del riesgo para carcinoma basocelular, se limita al área expuesta a la radiación. Se estima que 20 a 40 años después de la exposición a radiaciones, puede desarrollarse un carcinoma basocelular. (21)

INMUNOSUPRESIÓN

En pacientes inmunosuprimidos por transplantes de órganos, medicamentos o causas virales, el carcinoma basocelular es el segundo tumor maligno cutáneo más frecuente, precedido por el carcinoma espinocelular. En los pacientes transplantados renales se reporta un riesgo de carcinoma basocelular, 10 veces mayor que la población general y en los transplantados cardíacos 2 a 3 veces más frecuente. (20)

En pacientes transplantados en la infancia, se reporta la aparición de carcinomas cutáneos tipo carcinoma espinocelular y carcinoma basocelular,

12 a 15 años posterior al trasplante; cuando presentan un promedio de edad de 26 a 28 años aproximadamente. (22)

Algunas drogas inmunosupresoras, utilizadas en el tratamiento post-trasplante, han sido vinculadas a determinados cánceres cutáneos. Entre estos medicamentos tenemos: la azatioprina que se asocia a un incremento del carcinoma espinocelular, la Ciclosporina al carcinoma basocelular y la prednisolona a ambos carcinomas. (23)

En los pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la frecuencia de carcinoma basocelular es 11,4 veces mayor que la población normal; siendo su ubicación más común el tronco y su presentación clínica e histológica, el carcinoma basocelular tipo superficial. En los pacientes transplantados o que padecen enfermedades inmunosupresoras como SIDA, se suele apreciar un comportamiento más agresivo de los tumores tipo carcinoma basocelular. (23)

HÁBITOS TABÁQUICOS

El cigarrillo aumenta el riesgo de padecer de carcinoma espinocelular, así como, de carcinoma basocelular, aunque esta última relación es aún controversial, Se atribuye el efecto del cigarrillo, a una disminución en los niveles de Vitamina A en los fumadores, que disminuye la protección de los radicales libres. Otra explicación es la disminución de la respuesta inflamatoria a las radiaciones ultra violeta, a causa de la nicotina. (24)

FACTORES OCUPACIONALES

La exposición a elementos como el asfalto, alquitrán, parafina cruda, aceites minerales, solventes orgánicos e inorgánicos, arsénico inorgánico, entre otros, parecen aumentar el riesgo a padecer de cáncer cutáneo no melanomatoso. El arsénico tiene un conocido efecto carcinogénico en la piel, sobre todo en aquellas regiones con aguas contaminadas. Su relación es dosis dependiente a la cantidad de agua contaminada que se ingiera. (20)

CARACTERÍSTICAS CARCINOMA BASOCELULAR

Las características típicas del carcinoma basocelular, se definen en el carcinoma basocelular nodular también llamado nódulo-ulcerativo: este

tumor representa el 50-54% del carcinoma basocelular y se caracteriza, por ser una pápula o placa, de bordes céreos o perlados, con telangiectasias en su superficie; su centro puede estar levemente deprimido. Son tumores asintomáticos, sin embargo, a medida que crece la lesión se puede ulcerar, cubriéndose de una costra serohemática de sangramiento fácil y su borde puede adquirir un aspecto enrollado. (25)

Existen variaciones clínicas, según su forma, la lesión elemental y el color de la lesión, entre otros están:

CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL

representan el 9 al 11% de los CBC. Es una placa eritemato-escamosa, tipo psoriasiforme; frecuente en tronco y extremidades. Su crecimiento es lento y tiende a ulcerarse. Puede presentar áreas de curación, a través de una cicatriz blanquecina y seguir extendiéndose a otras áreas. Se presenta en un grupo de pacientes más jóvenes, con una media de 56,8 años.

CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO

Constituyen el 6% del carcinoma basocelular, es el tumor que presenta una pigmentación marrón o negra, generalmente moteada. Son más frecuentes en personas de piel oscura (no negra), como asiáticos o latinoamericanos. El pigmento se debe a la melanina y su significado es desconocido. (22)

CARCINOMA BASOCELULAR QUÍSTICO

Representan el 4 a 8% de los tumores; son pápulas o placas redondeadas, bien definidas, de color gris azulado y áreas perladas. Su superficie es lisa con algunas telangiectasias. El diagnóstico diferencial suele hacerse con quistes. (26)

CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME O ESCLEROSANTE

Se presenta como una placa esclerótica, blanquecina, con telangiectasias y la piel se siente endurecida; no posee bordes enrollados, ni ulceraciones. Es muy agresivo y constituye el 2% del carcinoma basocelular. (3)

ULCUS RODENS

También llamada úlcera de Jacobi, se caracteriza por ser una úlcera serpiginosa y penetrante, de crecimiento lento que alcanza gran tamaño; infiltra y erosiona haciéndose mutilante. Generalmente resulta de un carcinoma basocelular no tratado. (27)

FIBROEPITELIOMA DE PINKUS

Es una lesión papular sésil, elevada y de color piel o nodular, de superficie verrugosa, que se ubica en la parte inferior del tronco, región lumbosacra, ingües y muslos. Puede aparecer en unión a un carcinoma basocelular superficial. (26)

CARCINOMA BASOCELULAR ABERRANTE

Son el carcinoma basocelular que aparecen en sitios poco frecuentes como el escroto, la vulva, periné, pezones, axilas, periungueales.

ÁREAS DE ALTA SENSIBILIDAD

El carcinoma basocelular, así como el carcinoma espinocelular, se caracterizan por tener una fase inicial de crecimiento vertical, seguido de una diseminación superficial; por esta razón, el cáncer de piel ubicado en áreas de fusión embriológica en cara y cuello, tiende a invadir más profundamente y es más difícil de erradicar. Sin embargo, algunos autores como Wentzell y Robinson, cuestionan la importancia de los planos de fusión embriológica con la progresión tumoral, relacionando su alta recurrencia a otros factores de la anatomía de esta región, como la alta densidad de nervios, la proximidad con el pericondrio y periostio y el alto número de glándulas sebáceas. (28)

RECIDIVAS VS METÁSTASIS

La mayoría de las recidivas aparecen en los primeros 3 años de realizado el tratamiento, pero se pueden presentar hasta 10 años después de la extirpación. La recidiva de los CBC a los 5 años es de 5% aproximadamente para los CBC primarios y de 15,4% para los tratados previamente. Estas cifras reflejan las recidivas con las distintas técnicas terapéuticas y varían en los distintos trabajos; sin embargo, todos coinciden en que el menor índice de recidiva se da en aquellos tumores tratados con Cirugía de Mohs. (29)

Las metástasis del carcinoma basocelular tienen una incidencia que varía según las series desde 0,01% hasta 1,9%. Generalmente es un tumor recidivante, que ha sido resecado en varias oportunidades o que ha recibido radioterapia. El intervalo de tiempo entre la aparición del tumor primario y la aparición de la metástasis es de 9 a 11 años. La supervivencia de los pacientes con metástasis de carcinoma basocelular, a los 5 años es del 10% aproximadamente y posterior a una metástasis en pulmón, hueso o hígado es alrededor de 8 a 15 meses. (29)

Entre los factores implicados en las recidivas, está el tamaño del tumor mayor de 2 cm de diámetro, la localización en nariz, pliegue nasolabial o la región periorbital, probablemente relacionado a la dificultad de conseguir márgenes de extirpación adecuados dada la anatomía de estas zonas. La escisión incompleta del tumor, favorece a la recurrencia local de 33-39%, en comparación con el 1% de los tumores reportados como completamente resecados. Entre los factores histopatológicos que se asocian más a las recidivas están: la invasión perineural, márgenes quirúrgicos afectados, la ausencia de una empujante periférica bien definida, mayor profundidad en los niveles de Clark, presencia de pleomorfismo nuclear, entre otros y las variedades histológicas de tipo infiltrativo, micronodular y multifocal. (30)

La enfermedad metastásica en el carcinoma basocelular es muy rara y debe cumplir con los siguientes criterios según Lattes y Kessle.

1. El tumor debe originarse de la piel.
2. La metástasis se desarrolla en un sitio distante del tumor primario (no una extensión)
3. Tanto el tumor primario como la metástasis, deben tener el mismo tipo histológico y
4. No debe entremezclarse la metástasis con un carcinoma espinocelular.

Una considerable proporción de carcinoma basocelular que infiltran en profundidad y causan metástasis, son tumores primarios tratados con radioterapia. Este tipo de tratamiento tiene un efecto contraproducente sobre todo en aquellos pacientes con Síndrome Basocelular Nevoide, donde está contraindicado. Las metástasis suelen presentarse entre los 45 y 59 años de

edad, en una relación hombre: mujer que varía según la serie, de 2:1 hasta 12:1. El 85% se desarrolla en la cara, con predominio de la región auricular, Las vías de diseminación son la hematógena y la linfática, siendo los primeros lugares de metástasis los ganglios linfáticos (70%), seguidos del pulmón (30%), huesos (20%) e hígado (18%), afectando posteriormente otras vísceras. (31)

CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS

Este es un método útil, que nos aproxima más al diagnóstico correcto de carcinoma basocelular; posee una sensibilidad del 93% y una especificidad del 89% Características Dermatoscópicas Este es un método útil, que nos aproxima más al diagnóstico correcto de carcinoma basocelular; posee una sensibilidad del 93% y una especificidad del 89%.

Los criterios dermatoscópicos incluyen:

1. La ausencia de criterios sugestivos de lesión melanocítica (ausencia de red de pigmento).
2. Presencia de al menos un criterio positivo de carcinoma basocelular.

Los criterios dermatoscópicos del carcinoma basocelular, los podemos clasificar en:

PATRÓN VASCULAR

Se pueden observar dos tipos de vasos. Vasos gruesos con numerosas ramificaciones (arboriformes), Vasos finos truncados. (32)

PIGMENTACIÓN AZUL-GRISÁCEA

Se distinguen varias estructuras. Nidos ovoides grandes de color azul-grisáceo: son estructuras redondeadas u ovoides de color homogéneo y bordes nítidos, algunos confluyen; representan la presencia de melanina y de melanocitos hiperplásicos.

Glóbulos múltiples azul-gris: semejantes a las anteriores, pero de menor tamaño; constituirían formas iniciales de la pigmentación de un carcinoma basocelular. Áreas en hoja de arce o digitiforme: son estructuras bulbosas de color azul-gris o marrón; se suelen ubicar en la periferia y no se originan

de retículos. Áreas radiadas o en rueda de carro (carreta): son proyecciones radiales de color marrón, azul o gris que parten de un centro hiperpigmentado.

ULCERACIÓN

es un área denudada de la superficie de la lesión, que suele estar cubierta por una costra serohemática. Pueden ser únicas o múltiples, de diferentes tamaños y de color rojo, azul o negro según el pigmento del tumor. Otros hallazgos reportados son: la presencia de un área brillante blanco-rosada que se aprecia en carcinoma basocelular pigmentados o no, que carece de otras estructuras dermatoscópicas. Y en el carcinoma basocelular no pigmentados, se suele observar un halo eritematoso con algunas telangiectasias periféricas. (33)

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

ORGANIZACIÓN TUMORAL

El carcinoma basocelular se compone por islotes o cordones bien circunscritos, de células basaloides; en los cuales las células de la periferia se disponen en empalizada y en el centro de los islotes se distribuyen en forma aleatoria. Presentan un núcleo hiper cromático, ovoide o redondeado, con nucléolos evidentes y citoplasma escaso. Pueden observarse puentes intercelulares, así como gran número de mitosis y abundantes células apoptóticas. (34)

ESTROMA PERITUMORAL

La matriz extracelular es una red compleja y dinámica de proteínas y proteoglicanos, donde se llevan a cabo actividades biológicas como la adhesión celular, migración, diferenciación y proliferación, entre otras. Su composición resulta del balance entre la síntesis y la degradación de sus componentes y alteraciones en la MEC, afectan la progresión del cáncer y su diseminación. (35)

Alrededor de los islotes se aprecia una retracción artefactual del estroma, que da el aspecto de lagunas peritumorales. Este estroma posee características diferentes de la dermis subyacente; como, por ejemplo, contiene cantidades variables de amiloide, entre 50 a 65% de los casos.

También se reporta el amiloide en aquellos tumores ubicados en áreas expuestas a la luz solar. Algunos estudios indican que el amiloide se deriva de la degeneración de los tonofilamentos de los queratinocitos, que se degeneran o mueren por apoptosis; y su ubicación limitada al estroma, sugiere que probablemente contribuye a la patogénesis del tumor. Existe variación en la incidencia de amiloide en los diferentes subtipos histológicos, los carcinomas basocelular tipo sólido (57%), adenoideo (24%) y quístico (12%); siendo menos común, en las variedades agresivas como el carcinoma basocelular morfeiforme, esclerosante y el multicéntrico. El estroma peritumoral también se ha descrito que contiene cantidades variables de mucopolisacáridos ácidos. (36)

El crecimiento tumoral lento y las raras metástasis que caracterizan al carcinoma basocelular, podrían estar relacionados a una acción supresora del crecimiento tumoral, por la liberación por parte de los dendrocitos dérmicos, de Factor de Necrosis Tumoral alfa (TNF- α) o la regulación de la síntesis de colágeno, En la lámina basal donde se apoyan las células periféricas de las islas tumorales, están presentes la laminina, cadenas de integrinas α y β (los heterodímeros $\alpha 2\beta 1$ y $\alpha 3\beta 1$), así como, colágeno tipo IV, V y VII. Proteínas como la integrina $\alpha 6\beta 4$ y la niceína/ kalinina, están ausentes en el carcinoma basocelular a diferencia del carcinoma espinocelular; lo que sugiere que la ausencia de estas moléculas, puede estar involucrada en la conducta clínica del tumor, limitando su crecimiento y evitando su diseminación. (37)

También se han reportado otras alteraciones en la matriz extracelular, como: las alteraciones en los proteoglicanos del estroma peritumoral, la disminución de Biglican y PG-100 o de Sindican, o el incremento de la síntesis de glicosaminoglicanos por los fibroblastos, que afectan la migración y adhesión celular, favoreciendo la capacidad de invasión por parte de las células tumorales.

DERMIS ADYACENTE

La dermis adyacente al tumor, presenta elastosis solar en más del 90% de los casos, aunque puede ser leve. Reafirmando que el carcinoma basocelular suele ubicarse, en áreas de gran exposición solar.

INFILTRADO CELULAR

Existe un infiltrado celular inflamatorio variable; sin embargo, en los tumores recidivantes hay pocas células. El infiltrado está compuesto principalmente por linfocitos y plasmocitos; estas últimas, se han correlacionado con la ulceración tumoral. Los linfocitos T son las células más abundantes, encontrando que los linfocitos CD4+, se ubican tanto en los islotes tumorales como en el estroma; en cambio, los linfocitos CD8+, son escasos. También se aprecia la presencia de células asesinas naturales, mastocitos, células de Langerhans y dendrocitos dérmicos. En distintos trabajos, se ha reportado una correlación entre el aumento de densidad de dendrocitos dérmicos y una baja proliferación de células neoplásicas en carcinoma basocelular; así como, un aumento de mastocitos en el estroma peritumoral. (38)

La presencia de mastocitos y dendrocitos dérmicos que se observan en el proceso de cicatrización en el estroma del carcinoma basocelular, se puede correlacionar con la angiogénesis y la formación de nueva matriz extracelular, que caracteriza el microambiente del carcinoma basocelular. Mediadores químicos liberados por los mastocitos, como la histamina, TNF- β y triptasa, estimulan a los fibroblastos aumentando la síntesis de colágeno y de glicosaminoglicanos, que le dan ese aspecto fibroso al estroma peritumoral. En el carcinoma basocelular pigmentados se aprecian células gigantes multinucleadas, que aparentemente se correlaciona con la presencia de melanina o queratina. (37)

INVASIÓN TUMORAL

Los tumores de larga data y aquellos de patrón histopatológico más agresivo, se extienden a la dermis profunda, pudiendo invadir hacia el tejido celular subcutáneo, cartílago o hueso; sobre todo en aquellas áreas anatómicas como la región nasal y los pabellones auriculares. (36)

INVASIÓN PERINEURAL

La invasión perineural es rara en el carcinoma basocelular. Se describe como la distribución de células tumorales adosadas al perineuro, usualmente en forma de espiral alrededor de la fibra nerviosa; gracias a que el espacio entre el nervio y la vaina nerviosa, posee baja resistencia como vía de diseminación tumoral. El 60-70% de pacientes que presentan invasión perineural son asintomáticos y el diagnóstico es histopatológico; sin embargo, los pacientes pueden presentar síntomas clínicos con déficit neural, como en el caso de los tumores ubicados en la línea media de la cara, como reporta Mendenhal et al., donde los nervios más afectados son los nervios craneales del quinto y séptimo par neural. (39)

El riesgo de conducta tumoral agresiva, se incrementa con la invasión perineural. Se han reportado incidencias desde 0,178% hasta 3%, como la reportada por Brown y Perry; quienes asociaron la invasión perineural a tumores de variedades histológicas agresivas como el carcinoma basocelular morfeiforme, infiltrado y esclerosante, también se asocia a tumores recurrentes. La sobrevivida a los 5 años varía mucho, de un 87% en un paciente con invasión perineural histopatológica a 55% en aquellos con síntomas clínicos de invasión neural. (38)

SUBTIPOS MORFOLÓGICOS

Se definen varios subtipos morfológicos, que pueden presentarse combinados en un mismo tumor. Estos tumores de patrones mixtos, han sido asociados en la literatura, a mayor agresividad tumoral.

PATRÓN SÓLIDO

Nodular o de nido grande: es el tipo histológico más frecuente, representando el 70% de todos los casos. Está constituido por islotes de células bien circunscritos, de tamaño variable, con células periféricas en empalizada y las centrales dispuestas al azar. Puede presentar retracción del estroma peritumoral.

PATRÓN MICRONODULAR

Representa el 15% aproximadamente. Es parecido al tipo nodular, pero sus nidos son mucho más pequeños, menores a 0,15 mm de diámetro. Su

crecimiento es disperso y asimétrico, a veces infiltra en la dermis y el tejido celular subcutáneo. Es una variedad histológica con mayor riesgo de recidiva local. Posee poca retracción estromal.

PATRÓN SUPERFICIAL MULTIFOCAL

Representa el 10-15% de los tumores. Está compuesto por pequeños islotes o masas tumorales unidas a la porción inferior de la epidermis y se ubican en la dermis papilar. En un estudio de reconstrucción tridimensional, se ha demostrado que las masas tumorales están interconectadas, sugiriendo un origen unicéntrico.

PATRÓN INFILTRANTE O INFILTRATIVO

Representan el 10-20% de todos los tumores. Se caracteriza por presentar bandas elongadas de 4 a 8 células de espesor, de bordes irregulares espiculados. Las bandas presentan poca o ninguna empalizada. Poseen poca reacción estromal. No existe mucha degeneración mixoide y los núcleos de las células presentan pleomorfismo.

PATRÓN MORFEIFORME O ESCLEROSANTE

Representa el 5 % de todo el carcinoma basocelular. Está constituido por bandas elongadas estrechas de 1 a 2 capas de células e islotes pequeños, rodeadas por un estroma fibroso. Las bandas tumorales se extienden en profundidad y presentan ramificaciones. El estroma es fibroso y denso, posee bandas eosinófilas de colágeno engrosado.

PATRÓN BASOESCAMOSO

Es una entidad controversial, que se define como un cáncer de células basales que se diferencia a células escamosas. Presenta islotes de células basaloides con focos de diferenciación escamosa. Su conducta es más agresiva, invasora y recidivante.

TIPO QUÍSTICO

Se observan uno o más espacios quísticos en algunos islotes tumorales. Esto es producto de la degeneración de células neoplásicas en el centro de las masas del tumor.

TIPO PIGMENTADO

Se observa melanina dispersa en los islotes y melanófagos en el estroma. Se aprecia en el 30% del carcinoma basocelular, tanto en las masas tumorales como en el estroma. Frecuentemente se asocia a las variantes: nodular, micronodular, superficial y folicular.

DIFERENCIACIÓN ADENOIDE

Presenta bandas finas de células basaloides en patrón reticular. Su presentación es rara en forma pura, suele asociarse a la variante sólida. Posee mucina estromal abundante.

DIFERENCIACIÓN FOLICULAR O INFUNDIBULOQUÍSTICO

Está compuesta por nidos de células que recuerdan folículos en fase telógena. Presenta numerosas estructuras infundibulares pequeñas, que contienen queratina.

FIBROEPITELIOMA DE PINKUS

Se compone de bandas finas de células basaloides anastomóticas, en un estroma bien definido con tejido elástico ausente. Se ha propuesto que este carcinoma basocelular se extiende hasta los conductos ecrinos, reemplazándolo por bandas sólidas de tumor.

2.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos de carcinoma basocelular, se basan en lo siguiente:

1. Características clínicas del tumor y evolución de la lesión.
2. Características dermatoscópicas: criterios negativos de lesión melanocítica y un criterio positivo de carcinoma basocelular.
3. Histopatología: es la regla de oro del diagnóstico de carcinoma basocelular.

2.2.3 CLASIFICACIÓN TNM DEL CARCINOMA BASOCELULAR TUMOR PRIMARIO

- TX: tumor primario no puede ser evaluado
- T0: no hay evidencia de tumor primario

- Tis: carcinoma in situ
- T1: tumor de 2 cm o menos en su diámetro mayor
- T2: tumor mayor de 2 cm y menor de 5cm en su diámetro mayor
- T3: tumor mayor de 5 cm su diámetro mayor
- T4: tumor que invade estructuras profundas extradérmicas

GANGLIOS REGIONALES

- Nx: ganglios regionales no pueden ser evaluada
- N0: no hay ganglios regionales metastáticos
- N1: ganglios regionales metastáticos

METÁSTASIS A DISTANCIA

- Mx: metástasis a distancia no puede ser evaluados
- M0: no hay metástasis a distancia
- Metástasis a distancia demostrada

2.2.4TRATAMIENTO

CIRUGÍA CONVENCIONAL

Consiste en extirpar la totalidad del tumor, dejando en lo posible un margen lateral libre de lesión de 2 a 5 mm en el carcinoma basocelular primarios y de 5 a 10 mm en el carcinoma basocelular recurrentes. En el margen profundo, la extirpación debe extenderse hasta el tejido celular subcutáneo; si se observase infiltración de capas profundas, la resección debe extenderse hasta la fascia muscular. Este tipo de cirugía proporciona muy buenos resultados con una tasa de curación de 95-99%, resultando ideal en áreas de mejillas, frente, brazos y tronco; donde se pueden obtener buenos márgenes de resección. En tumores ubicados en áreas anatómicas más complejas como la nariz o pabellones auriculares, o en caso de tumores muy grandes, el defecto quirúrgico puede solucionarse con injertos de espesor variado, colgajos en avance o a través de la cicatrización por segunda intención. La recurrencia en aquellos tumores completamente extirpados, varía según el margen que se encuentra afectado, Si el margen afectado es el lateral, la recurrencia es alrededor del 17% y si el margen involucrado es el profundo, el riesgo de recurrencia es de 33%. (40)

CIRUGÍA DE MOHS O MICROCIROGÍA DE MOHS

Este procedimiento fue iniciado por Frederic Mohs en 1940, que lo denominó Quimiocirugía, pero posteriormente la técnica fue mejorada. Actualmente se le llama Cirugía Micrográfica de Mohs o Microcirugía de Mohs. La microcirugía de Mohs, es la “regla de oro” para remover los tumores. Consiste en la extirpación de tejido con el análisis histológico del mismo, para lograr la completa resección tumoral, disminuyendo la pérdida de tejido sano, a través del análisis histológico. Es la técnica que presenta la mayor tasa de curación, hasta un 99% para carcinoma basocelular primarios y de 94,4 a 96% para recidivas. Desde el punto de vista de costo-efectividad, no existen diferencias importantes entre esta técnica en comparación a la cirugía convencional, pero si requiere de cirujanos y dermatólogos entrenados. (41)

En el caso del carcinoma basocelular, las proyecciones del tumor son como dedos en la dermis, producen una invasión subclínica que hace de esta técnica una opción excelente para determinar realmente la presencia de lesión. La indicación de este tratamiento depende de diversos factores: A) En carcinoma basocelular primarios: 1) La localización, aquel carcinoma basocelular de ubicación en las zonas de alto riesgo, son áreas de muchos fracasos terapéuticos con la cirugía convencional. En especial áreas como la pirámide nasal, el canto interno de los ojos y pabellones auriculares, son zonas que deberían ser indicación para esta cirugía. 2) El tamaño del tumor mayor a 2 cm de diámetro es indicación de este tipo de procedimiento, debido a la posibilidad de prolongaciones subclínicas del tumor a medida que presenta mayor tamaño. 3) En tumores mal delimitados, que impiden conocer los límites reales del tumor. 4) Tumores con características esclerodermiformes o infiltrativas, por su alto índice de recidivas y B) en carcinoma basocelular recidivantes o incompletamente resecados. (42)

CURETAJE Y ELECTROCIROGÍA

Es un método sencillo que consiste en extirpar el tumor con una cureta, hasta llegar a tejido sano y posteriormente, electrocoagular para destruir los posibles restos de tumor. Resulta exitoso en el caso de carcinoma basocelular pequeños y en localizaciones de bajo riesgo. La curación en los

tumores menores a 1 cm de diámetro, puede ser de 98,8%; para lesiones de 1 a 2 cm de 95,5% y para lesiones mayores de 2 cm de hasta 84%⁷⁹. Hay algunos estudios que reportan una recidiva alta, de 92,3% en los primarios y hasta 60% en el carcinoma basocelular recurrentes, que va a depender del tamaño de la lesión y de la ubicación. La técnica del curetaje, también puede utilizarse para delimitar los límites tumorales antes de la extirpación quirúrgica convencional o la criocirugía. (42)

RADIOTERAPIA

Consiste en aplicar radiación en la zona afectada con la consecuente destrucción del tejido. Se aplica en carcinoma basocelular primarios y también en aquel carcinoma basocelular que presentan márgenes postquirúrgicos positivos. Se utiliza un total de 3000 a 5000cGy, fraccionándola en dosis menores. Su eficacia es de 90 a 93%, pero actualmente se encuentra en desuso. El tratamiento con radiación es una buena opción para aquellos tumores que se encuentran ubicados en áreas anatómicas difíciles (párpados, nariz, por ej.), y que se desee preservar el tejido alrededor de la lesión. Se debe tener gran cuidado con la cantidad de radiación aplicada en aquellos tumores que se ubican en cuero cabelludo, pabellones auriculares, nariz, etc., por el riesgo de necrosis ósea o cartilaginosa. Este procedimiento tiene entre sus ventajas, la aplicación en aquellos pacientes con grandes comorbilidades y con riesgo elevado de una cirugía convencional; como desventaja, el no poder verificar histológicamente los márgenes del tumor, es un tratamiento prolongado y su efecto cosmético es inferior a otros procedimientos quirúrgicos. (15)

CRIOCIRUGÍA

Este es un método físico, que consiste en la destrucción de tejidos sometidos a temperaturas subcero, mediante el flujo continuo de Nitrógeno Líquido; existen muchos estudios retrospectivos, que reportan una tasa de curación que puede llegar hasta el 95%. Se puede realizar en sus dos modalidades: el método abierto o en “spray”, utilizando puntas con diferente apertura o el método cerrado con probetas o puntas cerradas. En tumores muy grandes, puede realizarse la criocirugía en forma fraccionada, que consiste en aplicar varios ciclos de tratamiento, en distintas sesiones.

Antes de aplicar la criocirugía se puede curetear el tumor, proporcionando tejido para el estudio histopatológico, permitiendo delimitar los bordes del tumor y disminuir el tejido a congelar, resultando más efectivo el método. El postoperatorio inmediato presenta edema y exudación variable, y a larga data podría quedar hipopigmentación residual, pero en general el resultado cosmético es muy bueno. (43)

LÁSER DE DIÓXIDO DE CARBONO

La ablación producida por un láser de Dióxido de Carbono (CO₂), es un método que permite la destrucción del tumor. Es recomendado para el carcinoma basocelular de gran tamaño o múltiple carcinoma basocelular de bajo riesgo. Si se realiza curetaje previo a la vaporización de la lesión, mejoran los resultados. Otra forma de utilizar el láser de CO₂ es usarlo como electrobisturí en una cirugía convencional. (11)

En un estudio sobre el tratamiento con láser CO₂ ablativo en carcinoma basocelular y su control histopatológico, se reportó muy buen resultado para el carcinoma basocelular superficiales; sin embargo, para el carcinoma basocelular nodulares o infiltrantes, no se recomienda este tipo de tratamiento. (3)

TERAPIA FOTODINÁMICA

Es una técnica que consiste en la administración de sustancias fotosensibilizantes, ya sea por vía sistémica o tópica, que posteriormente se activan con la irradiación de luz visible (entre 570 a 720 nm de longitud de onda) en una dosis de 75 J/cm², que activa especies de oxígeno, produciendo destrucción selectiva del tejido tumoral, se utiliza en distintos tipos de tumores: pulmón, gastrointestinales, ginecológicos, vesicales y de piel, en especial los cánceres no melanomatosos, como los carcinoma basocelular, enfermedad de Bowen o lesiones precancerosas como las queratosis actínicas. Esta técnica es recomendada en el carcinoma basocelular de bajo riesgo, como el carcinoma basocelular superficiales y nodulares en áreas de bajo riesgo; se reportan tasas de recurrencia de 5% a los 12 meses posttratamiento. (9)

IMIQUIMOD AL 5%

Es una imidazolquilinamina sintética de uso tópico, que tiene un efecto inmunomodulador que estimula la respuesta inmune del individuo, así como una acción antitumoral. Se utiliza en el carcinoma basocelular superficiales y nodulares pequeños, menores de 2 cm, en áreas de bajo riesgo y en adultos inmunocompetentes. El imiquimod en el carcinoma basocelular, incrementa el interferón, aumenta la inmunidad innata, estimula las células de Langerhans, disminuye la angiogénesis y produce apoptosis de las células tumorales. Está indicado en personas con múltiples tumores, ancianos o con contraindicaciones quirúrgicas. Para tratar el carcinoma basocelular se recomienda aplicar la crema una vez al día (retirla a las 8 horas), por cinco días a la semana durante 6 semanas. (13)

5-FLUORACILO

Es un antineoplásico que bloquea la reacción de metilación del ácido desoxiurídico a ácido timidílico, interfiriendo la división celular por bloquear la síntesis de ADN y en menor medida, inhibir la síntesis de ARN. Se aplica en forma tópica sobre la lesión, cinco veces por semana, durante 4 a 6 semanas. Se produce un eritema intenso sobre la lesión hasta la ulceración, que reepitelizará en los 10 días subsiguientes. (16)

2.3 REFERENTES INVESTIGATIVOS

carcinoma basocelular diagnosticados por el laboratorio de Dermatopatología del Instituto de Biomedicina del Hospital Vargas, en un lapso de 16 meses; correspondieron a carcinoma basocelular, a los cuales se les analizó sus características clínicas e histológicas. Se evidencio la incidencia en Europa, Canadá, USA y Australia, el cual cada año se va incrementando un 3 a 6%, constituyendo por esta razón, un reto diagnóstico y terapéutico. El carcinoma basocelular es el tumor maligno de piel más frecuente, representando el 70% aproximadamente, de todos los cánceres cutáneos no melanomatosos. Como ya se mencionó esto depende según la localización geográfica.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

El estudio propuesto en esta investigación es de tipo descriptivo, su diseño es no experimental, de corte transversal basados en el estudio de las historias clínicas, con el objetivo de describir las lesiones compatibles con diagnóstico de carcinoma basocelular que asistieron en la consulta externa y emergencia del Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2017.

DISEÑO DE INVESTIGACION

Es un estudio no experimental en el que se observan afectaciones cutáneas en pacientes con un diagnóstico presuntivo de carcinoma basocelular del Hospital Universitario de Guayaquil.

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La investigación se realizará basándose en el estudio de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil, ubicado en Ecuador, provincia de las Guayas, cantón Guayaquil, situado al norte Vía Perimetral y Av. 43 NO.

UNIVERSO

Doce mil quinientos pacientes atendidos en el área de consulta externa de dermatología con diagnóstico carcinoma en piel (CIE D044, D049, C443, C44) en el Hospital Universitario de Guayaquil (N. 12000) periodo 2017.

MUESTRA

Ciento veintinueve pacientes que presentaron como diagnóstico de carcinoma basocelular con atendidos Hospital Universitario de Guayaquil. Periodo 2017.

VIABILIDAD

Este trabajo es viable por cuanto es de interés en el área de salud y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución. Además, cuenta con el aval de la Universidad de Guayaquil y cooperación de autoridades y directivos del Hospital Universitario de Guayaquil para poder

realizar esta investigación en la institución y contribución académica de la DR. Jorge Vera Muthre Tutor de tesis.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular confirmados que fueron atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
DEPENDIENTE FACTORES DE RIESGO	Los factores de riesgo predisponentes clínicos e histopatológicos son los pilares del conocimiento que permiten escoger la modalidad de tratamiento más efectiva para cada paciente.	Etiología	1. La raza blanca. 2. La exposición solar excesiva y en forma crónica 3. El sexo masculino es más propenso a padecer de CBC. 4. La exposición crónica a radiaciones ionizantes, los rayos X, radio y sustancias radiactivas naturales o artificiales 5. La radioterapia

			<p>6. Areas de piel expuestas al arsénico inorgánico.</p> <p>7. Patologías genéticas, como el Xeroderma Pigmentoso</p> <p>8. Lesiones previas como cicatrices por quemaduras, los pólipos fibroepiteliales, las manchas en vino de oporto, léntigos solares y siringomas</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>CARCINOMA</p> <p>BASOCELULAR</p>	<p>Distribución de las lesiones neoplásicas, en pacientes con carcinoma basocelular, según variante clínica y localización tumoral</p>	<p>Diagnóstico o definitivo</p>	<p>variante clínica</p> <p>localización</p>

<p>INTERVINIENTE</p> <p>Factores asociados</p>	<p>Condiciones que pueden influir en la posibilidad de pacientes con carcinoma basocelular</p>	<p>Bajo nivel socioeconómico</p> <p>Edad</p> <p>Uso de protectores solares</p>	<p>Encuesta + HC</p>
--	--	--	----------------------

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable de sexo, se lo detallo forma heterosexual; masculino y femenino, grupo etario se lo dividió en 4 grupos de 0 a 15 años; 16 a 30; 31 a 60 y mayores a 61 años; según el tipo de diagnóstico se conformó a pacientes con melanoma maligno, tumor maligno y carcinoma in situ, según la localización a zona afecta, como también al tipo de diagnóstico como fue presuntivo que después de la biopsia se transforma en un diagnóstico definitivo.

Los hábitos que el paciente el cual de mayor incidencia fue tabaco, alcohol y no uso de protector solar, tipo de raza del paciente el cual fueron raza mestiza, caucásica, negra.

TIPO DE INVESTIGACION

Descriptivo, de corte transversal

METODOS DE INVESTIGACION TEORICOS

Descriptivo, Analítico

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

MATERIALES

Recursos físicos: planta física del Hospital Universitario de Guayaquil

Recursos materiales: computadoras, impresoras, material de oficina (papel, lápices, tinta, cd, pendrive, etc.) e historias clínicas

Recursos humanos: personal (tutor y autor)

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez recolectados los datos se procederá a la codificación de los datos, se presentará la información, en distribuciones de acuerdo a la frecuencia y porcentaje de las variables establecidas, los resultados serán presentados en tablas y gráficos, se usará los programas Excel de Microsoft office 2010.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

La recolección de datos e historias clínica se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Universitario de la Ciudad de Guayaquil, con autorización y supervisión del tutor de tesis, toda la información recolectada del presente trabajo de titulación es con fines estrictamente académicos y se ha guardado absoluta confidencialidad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA	DE	AGOSTO	DIC	ENE	FEB	MAR
ACTIVIDADES 2017-2018						
DISEÑO DEL PROYECTO		X				
APROBACIÓN DEL PROYECTO	DEL	X				
EJECUCIÓN DEL PROYECTO	DEL		X			
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	DE	X	X			
ANÁLISIS ESTADÍSTICO				X		
RESULTADOS					X	
PRESENTACION DEL PROYECTO	DEL					X

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

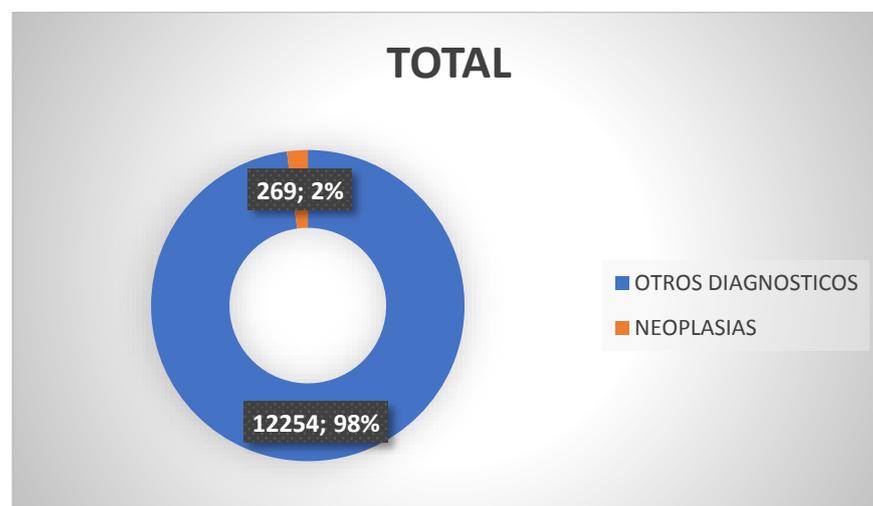
Del total de pacientes atendidos por consulta externa dermatológica, se estudiaron pacientes que cumplían con los criterios de inclusión previamente mencionados, en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo 2017. A través de la información obtenida, se investigó en cada una de las historias clínicas de los pacientes: su diagnóstico y confirmación histológica.

Obtenida la información se procedió a la clasificación, tabulación y representación gráfica, proceso que permitió conocer los resultados, en función de los objetivos y de la hipótesis.

Tabla 1. Distribución de los 12523 pacientes atendidos por consulta externa dermatológica en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017. Representando Neoplasias y otros diagnósticos.

DIAGNOSTICOS	TOTAL
OTROS DIAGNOSTICOS	12254
NEOPLASIAS	269

Ilustración 1. Distribución de los 12523 pacientes atendidos por consulta externa dermatológica en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017. Representando Neoplasias y otros diagnósticos.

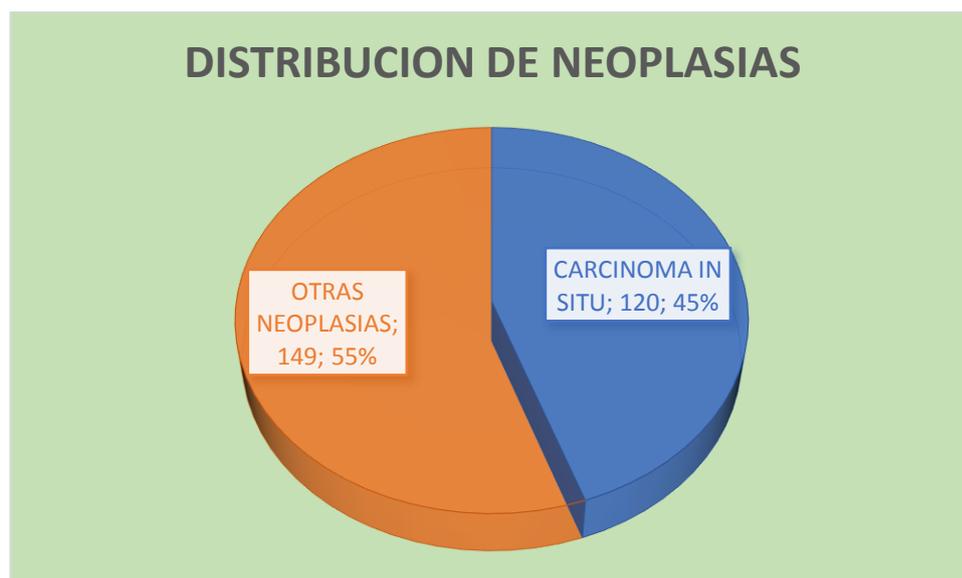


INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra estudiada (12523 pacientes), el 2.19% (269 pacientes) representa a los pacientes con diagnóstico de Neoplasias.

Tabla 2. Distribución de los 269 pacientes con Neoplasias, representando a Carcinoma In Situ, atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

DIAGNOSTICOS	TOTAL
CARCINOMA IN SITU	120
OTRAS NEOPLASIAS	149

Ilustración 2. Distribución de los 269 pacientes con Neoplasias, representando a Carcinoma In Situ, atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

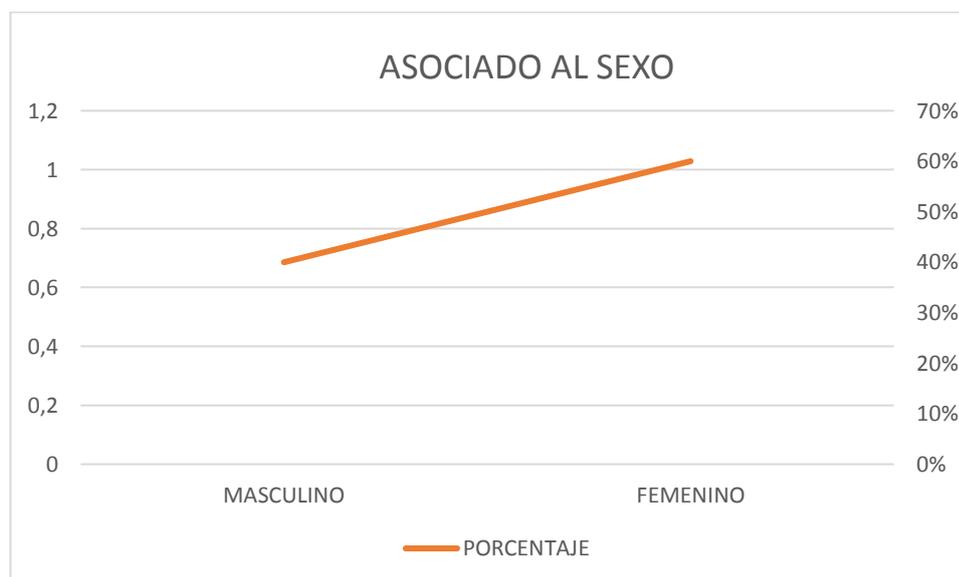


INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra estudiada (269 pacientes), el 45% (120 pacientes) representa a los pacientes con diagnóstico de Carcinoma in Situ.

Tabla 3. Distribución de los 120 pacientes, representa al sexo, asociado al carcinoma atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	48	40%
FEMENINO	72	60%
TOTAL	120	100%

Ilustración 3. Distribución de los 120 pacientes, representa al sexo, asociado al carcinoma atendido en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

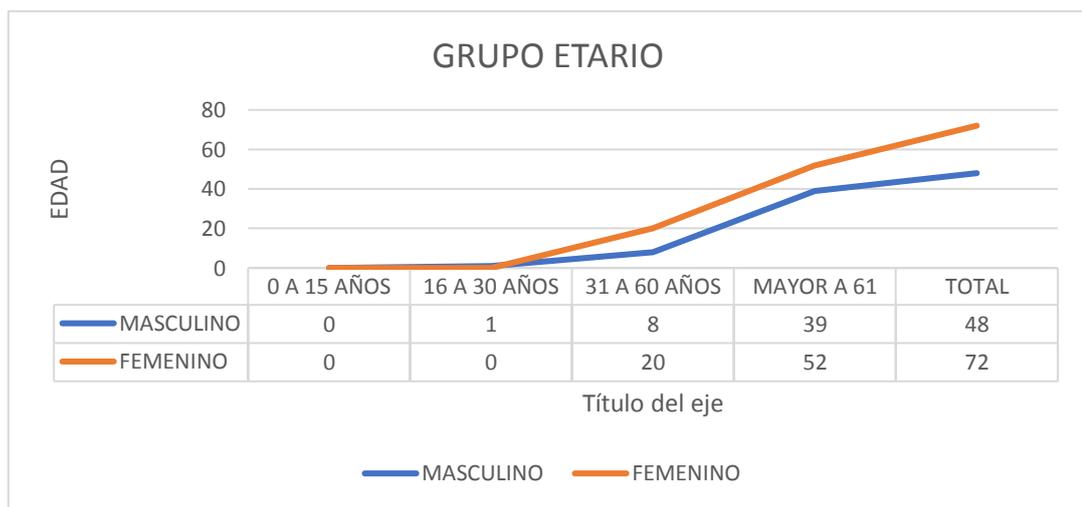


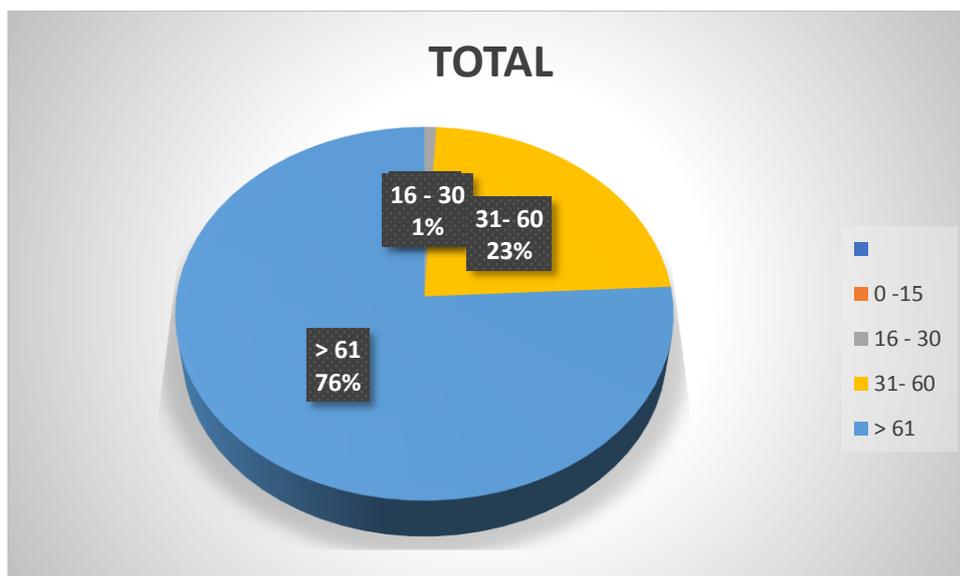
INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra estudiada (120 pacientes), el 60% que representa a mayor frecuencia al sexo femenino que se vio afectados por carcinoma.

Tabla 4. Distribución de los 120 pacientes, representa al Grupo Etario, asociado al carcinoma atendido en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

	SEXO		TOTAL	
	MASCULINO	FEMENINO	N°	PORCENTAJE
0 - 15	0	0	0	0%
16 - 30	1	0	1	0.83%
31- 60	8	20	28	23.33%
> 61	39	52	91	75.83%
TOTAL	48	72	120	100%

Ilustración 4 Distribución de los 120 pacientes, representa al Grupo Etario, asociado al carcinoma atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.



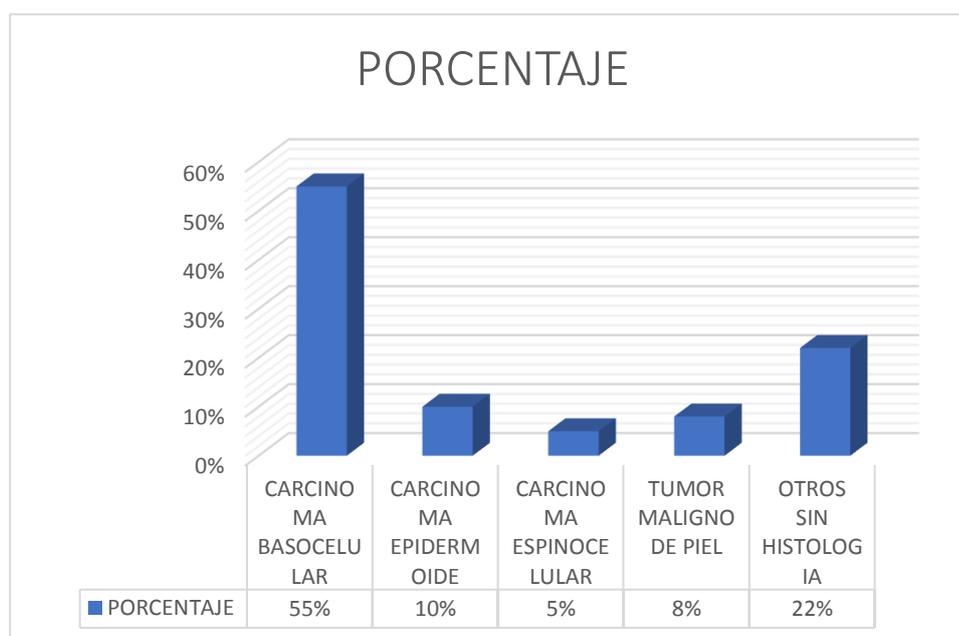


INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra estudiada (120 pacientes), el 76% que representa a mayor frecuencia al grupo etario comprendido mayor 61 años del cual es el sexo femenino que se vio afectados por carcinoma.

Tabla 5. Distribución de los 120 pacientes, representa tipo de carcinoma, establecido en Consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

TIPOS CARCINOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARCINOMA BASOCELULAR	66	55%
CARCINOMA EPIDERMOIDE	12	10%
CARCINOMA ESPINOCELULAR	6	5%
TUMOR MALIGNO DE PIEL	9	8%
OTROS SIN HISTOLOGIA	27	22%
TOTAL	120	100%

Ilustración 5. Distribución de los 120 pacientes, representa tipo de carcinoma, establecido en Consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

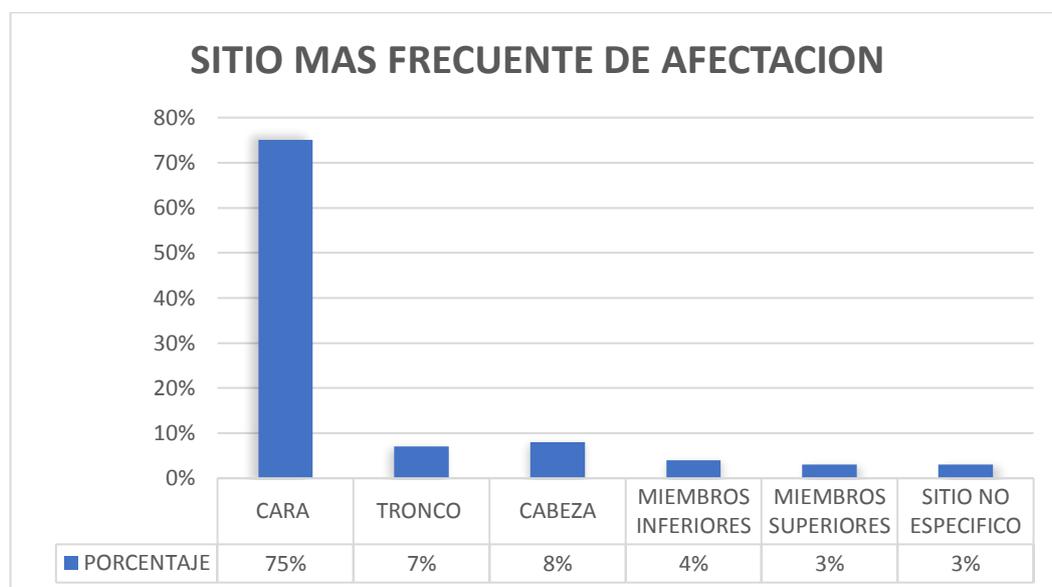


INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra estudiada (120 pacientes), el 55% que representa, mayor frecuencia de carcinoma basocelular.

Tabla 6. Distribución de los 120 pacientes, representa localización de la lesión, asociado al carcinoma atendido en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

LOCALIZACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
CARA	90	75%
TRONCO	8	7%
CABEZA	10	8%
MIEMBROS INFERIORES	5	4%
MIEMBROS SUPERIORES	3	3%
SITIO NO ESPECIFICO	4	3%
TOTAL	120	100%

Ilustración 6. Distribución de los 120 pacientes, representa localización de la lesión, asociado al carcinoma atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017

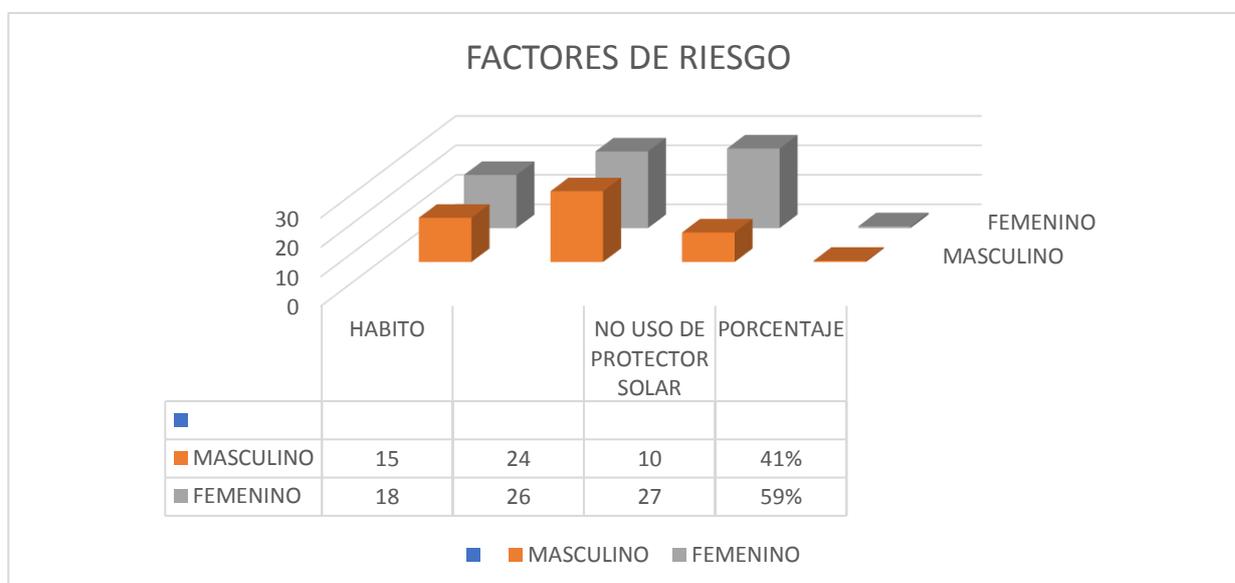


INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra estudiada (120 pacientes), el 75% que representa a mayor frecuencia al lugar de la lesión que se presentó en cara de los pacientes afectados por carcinoma.

Tabla 7. Distribución de los 120 pacientes, representa a los factores de riesgo, asociado al carcinoma atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

SEXO	HABITO		NO USO DE PROTECTOR SOLAR	TOTAL	PORCENTAJE
	TABACO	ALCOHOL			
MASCULINO	15	24	10	49	41%
FEMENINO	18	26	27	71	59%
TOTAL	33	53	37	120	100%

Ilustración 7. Distribución de los 120 pacientes, representa a los factores de riesgo, asociado al carcinoma atendido en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.



INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra estudiada (120 pacientes), el 59% que representa asociación de factores de riesgo mayor frecuencia al sexo femenino.

Tabla 8. Distribución de los 120 pacientes, representa a la raza del paciente, asociado al carcinoma atendido en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.

RAZA	NUMERO	PORCENTAJE
MESTIZO	102	85%
CAUCASICO	10	8%
NEGRA	8	7%
TOTAL	120	100%

Ilustración 8. Distribución de los 120 pacientes, representa a la raza del paciente, asociado al carcinoma atendido en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2017.



INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra estudiada (120 pacientes), el 85% que representa mayor frecuencia a raza mestiza asociado al carcinoma.

DISCUSIÓN

Los tipos más frecuentes de cáncer de piel de acuerdo a la información obtenida en el presente estudio son el carcinoma basocelular con frecuencia 55%, información que se relaciona con la bibliografía consultada.

Por distribución de sexo la población más afectada se evidencia al sexo femenino con una frecuencia del 60% de población del muestreo, donde se evidencia que no se relaciona con la bibliografía consultada.

En relación de los grupos etarios más afectados en nuestro estudio fue los pacientes de mayor a 61 años con una frecuencia del 75%, afectando más a la población femenina, menos incidencia hasta los 15 años con cero casos evidenciados.

En el análisis según la localización del cáncer, la parte afecta fue en cara con una frecuencia 72%, seguido de cabeza en un 9%, coincide con la literatura consultada del presente trabajo investigativo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- En relación a la distribución del sexo se determinó que la población de mayor afectación fue pacientes femeninas con un 60%, de la muestra establecida.
- El grupo etario de mayor frecuencia que se vio afecto con diagnóstico a ca. Carcinoma basocelular, fue de pacientes de edad mayores a 61 años con 75%, afectando al sexo femenino de mayor frecuencia.
- En relación al tipo de carcinoma de mayor frecuencia que se presentó en el estudio fue carcinoma basocelular, 55% de la población en estudio.
- Con respecto a la localización de la lesión, se evidencia que en mayor frecuencia se presentó en cara con un 75%, seguido en área de la cabeza un 8%.
- Factores de riesgo que se determinó en este estudio fue el de mayor frecuencia, a la exposición UV sin aplicación de protector solar, en un número de 27 pacientes seguido del factor tabaco y alcohol afectando un 59% de la población femenina del estudio realizado.
- En relación a la raza la mayor frecuencia de población afectada fue a mestizos en un 85% de la población de estudio.

RECOMENDACIONES

- Fomentar la educación médica continua sobre el manejo preventivo de los pacientes con sospecha de carcinoma basocelular.
- Brindar la información al usuario o pacientes de establecimientos de primer nivel de la problemática sobre patología dérmicas, que podrían convertirse en casos de ca en piel, mediante socialización de factores de riesgo.
- Mejorar el registro en la anamnesis de historia clínicas, de mucha relevancia para poder llegar a un buen diagnóstico.
- Dar información al paciente captado e identificado de la patología, para dar métodos preventivos para brindar mejor estilo de vida al afectado.
- Control periódico del paciente según sea el caso y tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico de la patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. BERT. SKIN CANCER IN ORGAN TRANSPLANT RECIPIENTS, EPIDEMIOLOGY, PATHOGENESIS AND MANAGEMENT. DERMATOL. 2012;; p. 1 - 17.
2. BOYD. BASAL CELL CARCINOMA IN YOUNG WOMEN; AN EVALUATION OF THE ASSOCIATION OF TANNING BED USE AND SMOKING. DERMATOL. 2012;; p. 706 - 709.
3. CABELLO. CARCINOMA BASOCELULAR EN ADULTOS JOVENES. DEMATOL VENEZ. 2012 ;; p. 53 - 55.
4. BALE. MOLECULAR GENETICS. CUTANEOUS ONCOLOGY ENGLAND. 2012;; p. 586.
5. BETTI. AGE AND SITE PREVALENCE OF HISTOLOGIC SUBTYPES OF BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOL. 2012;; p. 174 - 176.
6. BERNARDINI. MANAGEMENT OF MALIGNANT AND BENING EYELID LESIONS. CURR OPIN OPHTALMOL. 2012 ;; p. 480 - 484.
7. BENJAMIN. P53 PROTEIN AND PATHOGENESIS OF MELANOMA AND NONMELANOMA SKIN CANCER. ; 2012.
8. MILLER. CUTANEOUS ONCOLOGY ENGLAND. 2012;; p. 581.
9. GOLDSMITH. DERMATOLOGIA EN MEDICINA GENERAL. MEDICA PANAMERICANA. 2012;; p. 1036 - 1042.
10. TARBUK. CLOTHING AND SIN CANCER. COLL ANTROPOL. 2013;; p. 179.

11. FERNANDEZ. CARACTERISTICAS CLNICAS E HISTOPATOLOGICAS DEL CARCINOMA BASOCELULAR. DERMATL VENEZ. 2013;; p. 9 - 14.
12. HERRERA. CARCINOMA BASOCELULAR. CONCEPTO Y HISTORIA. 2012;; p. 65 - 66.
13. NEGRIN. CARCINOMA BASOCELULAR. DERMATOLOGIA VENEZOLANA. 2012;; p. 4 - 16.
14. KARAGAS. INCREASE IN INCIDENCE RATES OF BASAL CELL AND SQUAMOUS CELL SKIN CAANCER IN NEW HAMPSHIRE. NEW HAMPSHIRE SKIN CANCER STUDY GROUP. 2013 ;; p. 555 - 559.
15. REVENGA. DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF BASAL CELL CARCINOMA AND CUTANEOUS SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN SORIA. HOSPITAL BASED SURVEY. 2012;; p. 137 - 141.
16. RAASCH. BASAL CELL CARCINOMA: HISTOLOGICAL CLASSIFICATION AND BODY - SITE DISTRIBUTION. DERMATOL. 2013;; p. 555 - 559.
17. SCHOELCH. RECOGNITION AN MANAGEMENT OF HIG - RISK CUTANEOUS TUMORS. DERMATOL CLIN. 2012;; p. 93 - 111.
18. MONTEIRO. RCINOMA BASOCELULAR: ESTUDIO CLINICO E ANATOMOPATOLOGICO. DERMATOL. 2012;; p. 23 - 24.
19. MILLER. PATHOGNESIS. CUTANEOS ONCOLOGY, ENGLAND. 2012;; p. 581.
20. RODRIGUEZ. CARACTERISTICAS CLNICAS E HISTOLOGICAS DEL CARCINOMA BASOCELULAR. DERMATOL VENEZ. 2013;; p. 9 - 14.

21. SHUMACK. EPIDEMIOLOGY AND AETIOLOGY OF BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOL. 2013;; p. 50 - 52.
22. NARBUTT. MELANOMA SKIN CANCER DEVELOPMENT AND ENVIRONMENTAL FACTORS. JOURNAL OF ENVIRONMENTAL STUDIES. 2012;; p. 545 - 550.
23. PRELICH Z. ENVIRONMENTAL RISK FACTORS PREDISPOSING TO THE DEVELOPMENT OF BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOL SURG. 2012;; p. 248 - 252.
24. GOLDBERG. PIGMENTED SPECKLING AS A SIGN OF BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOL SURG. 2013;; p. 1553 - 1555.
25. ODOM. NEVUS, NEOPLASIAS Y QUISTES EPIDERMICOS. ANDREW IS DERMATOLOGY. 2012;; p. 800 - 868.
26. HABIF. PREMALIGNANT AND MALIGNANT SKIN TUMORS. A COLOR GUIDE TO DIAGNOSIS AND THERAPY CLINICAL DERMATOLOGY. 2012;; p. 519 - 550.
27. JAMES O. NEOPLASIAS Y QUISTES EPIDERMICOS. DERMATOLOGIA CLINICA. 2012;; p. 800 - 868.
28. WEBER. CLINICAL ASSESSMENT AND STRAGING. LONDON. 2012;; p. 65- 77.
29. PAZOS. CARCINOMA BASOCELULAR PIEL. 2013.
30. REVENGA.. DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF BASAL CELL CARCINOMA AND CUTANEOUS SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN SORIA. NORTH EASTERN SPAIN. 2012;; p. 137 - 141.
31. SENDUR. CUTANEOUS BASOSQUAMOUS CARCINOMA INFILTRATING CEREBRAL TISSUE. 2012;; p. 334.

32. CABO. LESIONES NO MELANOCITICAS CARCINOMA BASOCELULAR. DERMATOSCOPIAS BUENOS AIRES. 2013;; p. 83 - 91.
33. MALVEHY. LESIONES NO MELANOCITICAS CARCINOMA BASOCELULAR. MANUAL DE DERMATOSCOPIA. 2012;; p. 116 - 117.
34. SNOW. METASTATIC BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOL. 2012;; p. 328.
35. ROSA D. COLLAGEN DISTRIBUTION AND MYOFIBROBLASTIC STROMAL REACTION IN AGGRESSIVE AND NONAGGRESSIVE BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOPATHOL. 2012 ;; p. 258.
36. WEEDON. TUMORES DE LA EPIDERMIS EN LA PIEL PATOLOGIA. MARBAN LIBROS. 2012;; p. 635 - 672.
37. NEGRIN.. APOPTOSIS Y PIEL. DERMATOL VENEZ. 2012;; p. 89 - 98.
38. CLAUDATUS. SKIN TUMORS AND REACTIVE CELLULAR INFILTRATE. ACTA DERM VENEREOL. 2012 ;; p. 29- 34.
39. MENDENHAL. SKIN CANCER OF THE HEAD AND NECK WITH PERINEURAL INVASION. ONCOL. 2012;; p. 93 - 96.
40. TELFER. GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOL. 2012 ;; p. 35 - 48.
41. COOK. MOHS MICROGRAPHIC SURGERY. DERMATOL. 2013;; p. 678 - 703.
42. COHEN. THE SIGNIFICANCE OF MAST CELLS IN BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOL. 2012 ;; p. 514 - 517.

43.ROSEN. A COMMON TUMOR AN UNCOMMON LOCATION
BASAL CELL CARCINOMA. DERMATOL. 2012;: p. 591 - 593.