

La dermatoscopia en el diagnóstico de cáncer de piel no melanoma

Dermoscopy in the diagnosis of non-melanoma skin cancer

Dra. Bárbara Beatriz Barroso Fleitas,¹ Dra. Tamara Díaz Lorenzo,^{1,2} Dr. Rigoberto García Gómez,^{3,4} Dra. Sandra Castañeda Lezcano.^{1,4}

¹ Policlínico Universitario "26 de Julio", Playa. La Habana, Cuba.

² Facultad de Tecnología de la Salud. La Habana, Cuba.

³ Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Amejeiras". La Habana, Cuba.

⁴ Hospital General "Comandante Pinares". Artemisa, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la incidencia de cáncer de piel ha aumentado notoriamente en todo el mundo y la dermatoscopía constituye una técnica fácil, poco costosa, inocua y no invasiva que permite realizar su prevención, diagnóstico y seguimiento.

Objetivo: diagnosticar esta enfermedad y sus factores de riesgo.

Métodos: se aplicaron dos encuestas a los pacientes remitidos a la consulta de Dermatoscopía desde enero-junio del 2012 y se realizó examen clínico, dermatoscópico e histológico de las lesiones.

Resultados: los pacientes fueron confirmados dermatoscópicamente en su totalidad. La dieta fue poco variada y no saludable. Histológicamente predominó en más de la mitad de los casos el carcinoma basocelular y en un tercio de los casos el carcinoma de células escamosas; las lesiones se encontraron fundamentalmente en cara y cuello.

Conclusiones: el trabajo demuestra la importancia del estudio del cáncer de piel a través de la dermatoscopía como propuesta en un programa nacional de prevención de salud con los aspectos nutricionales.

Palabras clave: dermatoscopía, cáncer de piel no melanoma, nutrición

ABSTRACT

Skin cancer is becoming an increasingly important public health problem. The dermatoscopy constitutes an easy, not very expensive, innocuous and non invasive technique that allows to be carried out in their prevention, diagnostic and follow-up. To provide an update regarding the diagnosis and risk factors of Nonmelanoma skin cancer. Two surveys were applied to the patients remitted to the Dermatoscopy outpatient consultation, from January to June of the 2012, carrying out the clinical, dermatoscopy and histological exam of the lesions. The studied variables were: risk factors, diagnostic of nonmelanoma skin cancer, dietary evaluation and histological classification. A database was performed in Excel and the surveys were processed by Epi-info 6. The statistical method was the frequencies distribution with confidence interval of 95 %. The risk factors founded were: age more than 70 years (40.5 %), male gender (64.5%) and the skin photo type II (80.2 %). The pathological familial antecedents (34.7 %) and personal antecedents (19%) were less important. We found a prevalence of little knowledge, in the use of protective and blocking from sun. The presumptive diagnostic of skin cancer was confirmed by the dermatoscopy in all cases. The diet was not varied and not healthy. The histological samples demonstrated in more than half of the cases the carcinoma basocellular (84.3 %) and in a third of the cases the scaly cells carcinoma (15.7 %). The lesions were fundamentally in face and neck (65.2 %). Our research demonstrates the importance of the study of the skin cancer through the dermatoscopy, including it as proposal in a National Program of Health and nutritional Prevention.

Keywords: dermatoscopy, nonmelanoma skin cancer, nutrition

INTRODUCCIÓN

Los tipos más frecuentes de cáncer de piel son: el tipo no melanoma y el melanoma. Los cánceres de tipo no melanoma son los más frecuentes. Dentro de este tipo se encuentran todos los cánceres de piel menos el melanoma maligno. El cáncer de piel se da más en las personas de piel blanca y que han pasado mucho tiempo expuestas a los rayos solares. Aunque puede aparecer en cualquier parte de la piel; es más frecuente que se presente en la cara, cuello, manos y brazos. Este cáncer cutáneo representa casi el 50 % de todos los cánceres que afectan al hombre.^{1,2}

Los cánceres cutáneos del tipo no melanoma, aunque generalmente no son fatales, son responsables de una morbilidad significativa, y si no se tratan, pueden ocasionar una desfiguración muy seria y en ocasiones la muerte. Parte de la dificultad en el estudio de estos tumores es que no se siguen rutinariamente de forma tan rigurosa como otros cánceres habiéndose excluido de la mayoría de registros de cáncer.^{1,2}

El carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma de células escamosas (CCE) son los tumores malignos de más alta incidencia. Aparecen en la cara, aunque pueden presentarse en otras áreas como las manos, antebrazos, tronco y otras zonas que tengan folículos pilosos, además el CCE se puede encontrar también en mucosas.^{3,4}

En nuestro país el cáncer cutáneo no melanoma constituye el segundo lugar en la tabla general de cáncer, con una tasa anual de 16,8 x 100 000 habitantes y una incidencia del 10 %. Estas cifras no reflejan la incidencia real del problema, que es muy superior, a causa de que algunas lesiones se diagnostican y tratan clínicamente y que no se confirma su histología, no se reportan ni pasan al Registro Nacional del Cáncer, fenómeno similar que ocurre en otros países.

A la dieta se le ha conferido un papel protector pero también de riesgo contra enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer. Datos epidemiológicos han revelado que el riesgo de desarrollar un tumor maligno presenta una gran variación entre poblaciones lo que estaría determinado en gran medida por factores ambientales y sería independiente de los factores genéticos poblacionales.

El ataque de ERO (especies reactivas de oxígeno) causan oxidación, siendo el mayor factor de riesgo en el proceso de carcinogénesis. El efecto de los nutrientes antioxidantes ha sido evaluado en las 3 etapas del cáncer: iniciación, promoción y progresión, en trabajos de revisión se evidencia la eficacia de la vitamina C, E y el *B*-caroteno en el proceso de carcinogénesis en donde se señala que estos nutrientes tienen función en la eliminación de carcinógenos, inhibición de pre carcinógenos y la reparación del daño.^{5,6}

Diversos estudios han demostrado la importancia de la nutrición en el desarrollo de cáncer, se estima que hasta un 40 % de los tumores podría ser prevenido a través de mantener una dieta adecuada y estilos de vida saludables. Se han obtenido evidencias de que los factores dietarios podrían prevenir el CEC y CBC, entre otros tumores cutáneos.

La dermatoscopía se trata de una técnica sencilla, no invasiva, que mejora el diagnóstico clínico de las lesiones cutáneas, especialmente las pigmentadas, y se ha convertido en una técnica diagnóstica imprescindible en la consulta del dermatólogo; puede determinar las características de la lesión e indicar un tratamiento o la necesidad de alguna otra exploración complementaria más compleja como la biopsia. En nuestro país la técnica se implementa desde el año 2005, constituyendo un ahorro sustancial al país con una disminución del 40 % de las biopsias a realizar.

Actualmente para la evaluación de lesiones pigmentadas, se sugiere un procedimiento diagnóstico en 2 etapas utilizando la Dermatoscopía.⁷

Dado el incremento en la incidencia del cáncer de piel y la presencia de factores de riesgo asociados en la población estudiada; se realizó esta investigación con el objetivo de diagnosticar a través de la Dermatoscopía el cáncer de piel no melanoma.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal desde enero - junio del 2012, para diagnosticar a través de la Dermatoscopia el cáncer de piel en pacientes con daño foto tóxico atendidos en una consulta especializada de Dermatoscopia en el servicio de Dermatología del Hospital General Docente "Comandante Pinares" de la provincia de Artemisa.

Se excluyeron del estudio: pacientes menores de 40 años, diagnosticados con enfermedades infecciosas de la piel y melanomas.

De un total de 416 pacientes que asistieron a consulta Dermatología General se seleccionaron 239 con daño foto tóxica, remitidos a la consulta especializada de Dermatoscopia; 121 pacientes (78 del sexo masculino y 43 del femenino); con diagnóstico dermatoscópico presuntivo de cáncer de piel a los que se les realizó biopsia de la lesión para estudio histológico y conformaron la muestra.

Las variables estudiadas fueron: factores de riesgo de cáncer de piel, diagnóstico de cáncer de piel no melanoma, evaluación dietética, clasificación histológica.

Para estudiar los factores de riesgo de cáncer de piel se aplicó una encuesta por interrogatorio directo a los pacientes con posible diagnóstico dermatoscópico de cáncer de piel, la cual fue previamente validada y publicada en estudio de *Acuña MP y col.*⁸ Este instrumento fue modificado por interés del equipo de investigación.

Clasificación del fototipo de piel según *Fitzpatrick T.*⁹

Tipo I - Presenta intensas quemaduras solares, casi no se pigmenta nunca y se descama de forma ostensible

Tipo II - Se quema fácil e intensamente, pigmenta ligeramente y descama de forma notoria

Tipo III - Se quema moderadamente y se pigmenta correctamente

Tipo IV - Se quema moderada o mínimamente y pigmenta con bastante facilidad y de forma inmediata al exponerse al sol

Tipo V - Raramente se quema, pigmenta con facilidad e intensidad

Tipo VI - No se quema nunca y pigmenta intensamente.^{3,9}

A través del examen físico dermatológico con lupa de luz blanca se clasificaron ambos tumores según localización topográfica. El Diagnóstico Dermatoscópico: se realizó a través de un instrumento llamado dermatoscopio su sistema de iluminación permite superar la distorsión producida por la reflexión y refracción de la superficie cutánea mostrando así patrones de pigmentos y vascularización invisibles al ojo desnudo, para ello se usa el líquido de inmersión que elimina la reflexión de la luz incidente, hace la epidermis transparente y permite visualizar *in vivo*: las estructuras epidérmicas, la unión demoepidérmica y la dermis papilar en busca de las estructuras dermatoscópicas características de cada lesión. En los pacientes con diagnóstico dermatoscópico presuntivo de cáncer de piel se les realizó biopsia para estudio histológico de la lesión.

Se aplicó una encuesta dietética semicuantitativa validada y publicada por *Diaz T y col.*¹⁰ Se evaluaron 22 grupos de alimentos en 6 categorías: varias veces al día, una vez al día, de 4 a 6 veces por semana, de una a tres veces por semana, de una a 3 veces por mes y nunca a través de una encuesta cualitativa de frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos, para determinar el consumo de macronutrientes y micronutrientes y fue aplicada por entrevista directa a los pacientes de nuestro estudio en consulta.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de pacientes lo cual quedó validado en un documento elaborado al efecto como constancia. Los datos obtenidos del registro médico y las encuestas se vertieron en una base de datos confeccionadas en Excel y procesados por el sistema EPINFO 6. Para describir las variables se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas y para estimar el comportamiento de las proporciones se construyeron intervalos de confianza al 95 %.

RESULTADOS

La edad de mayor presentación de cáncer piel en nuestra serie fue la de 70 años y más (40,5%), el sexo masculino (64,5%). En [gráfico 1](#) se exponen los fototipos de piel; presentando un intervalo de confianza mayor los fototipos II y I con IC=71,7-91,2 y IC= 10,5 - 20,3 respectivamente.

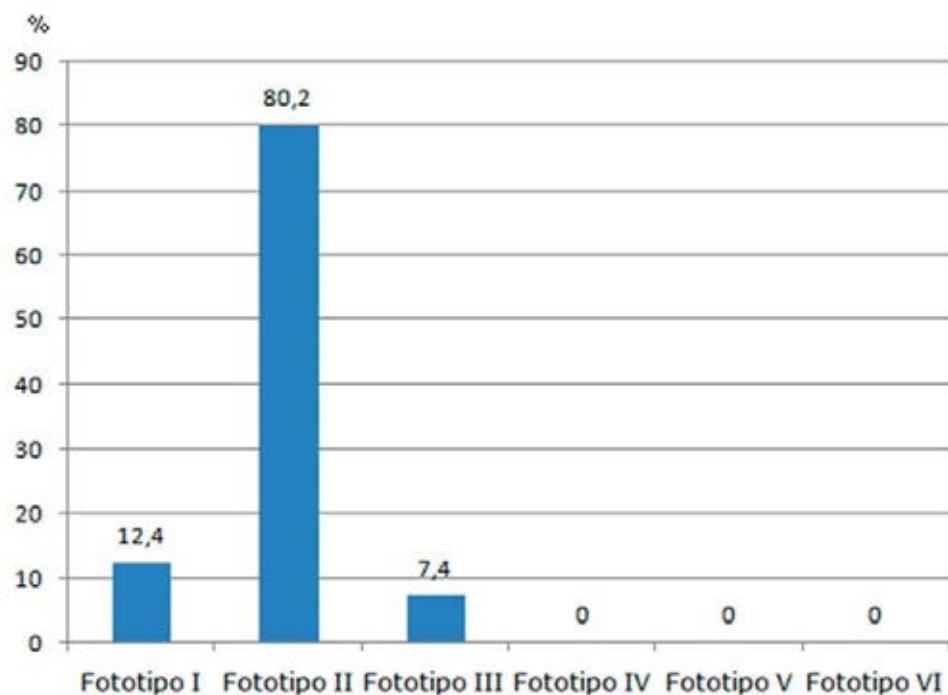


Fig. Distribución porcentual de pacientes según fototipo de piel (n=121).

La ocupación más frecuente fue en el sexo masculino; agricultor (43,6 %) y en el femenino; el trabajo por cuenta propia ambulante (48,8 %). Los antecedentes patológicos familiares y personales en la muestra estudiada fueron; 42 (34,7 %) y 23 (19 %) respectivamente.

La estimación que brinda el intervalo de confianza de la presencia de este hábito confirma lo poco frecuente.[Tabla 1](#).

Tabla 1. Distribución de la ocupación de los pacientes con cáncer de piel según uso de medios de protección, protectores y bloqueadores solares.

| Medios de protección | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL | |
|------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|--------|
| | N= | % | N= | % | N= | % |
| Nunca | 16 | 20.51 | 4 | 9.32 | 20 | 16.53 |
| Casi nunca | 20 | 25.64 | 7 | 16.27 | 27 | 22.32 |
| A menudo | 20 | 25.64 | 12 | 27.90 | 32 | 26.44 |
| Siempre | 22 | 28.21 | 20 | 46.51 | 42 | 34, 71 |
| Total | 78 | 100 | 43 | 100 | 121 | 100 |
| Protectores y bloqueadores solares | | | | | | |
| Nunca | 68 | 87.17 | 36 | 83.72 | 104 | 85,95 |
| Casi nunca | 10 | 12.83 | 7 | 16.28 | 17 | 14.05 |
| A menudo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 78 | 100 | 43 | 100 | 121 | 100 |

En relación a los conocimientos relacionados con la exposición al sol, exhibieron un mayor intervalo de confianza la categoría de regular 50,2-74,4 (61,98 %), seguidos por la de mal con IC = 10- 32,2.

La totalidad de los pacientes estudiados con diagnóstico clínico y dermatoscópico presuntivo de cáncer de piel fueron confirmados en el estudio histológico; la distribución topográfica fue; mayor en cabeza y cuello (65,2 %) seguida por los miembros superiores (17,6 %); tronco anterior (12,3 %) y el tronco posterior (4,9 %).

En la [tabla 2](#) se observa la distribución de la muestra según la frecuencia de consumo por grupos de alimentos. La totalidad de los pacientes fueron clasificados histológicamente CBC (84,3 %) y CCE (15,7 %).

Tabla

2. Distribución de la muestra según frecuencia de consumo por grupos de alimentos

| Grupos de alimentos | | Varias veces en el día (N) | Una vez al día (N) | De 4 a 6 veces por semana (N) | De 1 a 3 veces por semana (N) | De 1 a 3 veces al mes (N) | Nunca (N) |
|---------------------|--|----------------------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------|
| 1 | Cereales: arroz, maíz, harina de trigo (incluye pan, galletas, pastas) cereales en hojuelas. | 121 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | Viandas: papa, yuca, boniato, plátano, Málaga | 99 | 22 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | Granos: frijoles, lentejas, chícharos, garbanzos | 80 | 19 | 12 | 10 | 0 | 0 |
| 4 | Vegetales: zanahoria, tomate, calabaza, remolacha, pimiento, pepino, col, lechuga, acelga, berro, quimbombó, rábano | 15 | 52 | 30 | 24 | 0 | 0 |
| 5 | Frutas cítricas: naranja, mandarina, toronja, limón, lima | 0 | 25 | 53 | 31 | 10 | 7 |
| 6 | Otras frutas: guayaba, piña, melón, platanito, fruta bomba, mango, mamey, anón, guanábana, coco, chirimoya, níspero, etc. | 70 | 32 | 19 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | Carnes rojas: res, cerdo, caballo, picadillo de soya | 0 | 44 | 11 | 50 | 7 | 0 |
| 8 | Carnes blancas: pollo, pavo, conejo | 0 | 27 | 42 | 52 | 0 | 0 |
| 9 | Carnes procesadas: jamón, jamonada, chorizos, spam, etc | 0 | 6 | 10 | 20 | 80 | 5 |
| 10 | Pescados: de cualquier tipo | 0 | 0 | 0 | 10 | 73 | 38 |
| 11 | Mariscos: langosta, camarón, calamar, ostiones | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 108 |
| 12 | Vísceras: hígado, seso, riñón, corazón, lengua, | 0 | 0 | 0 | 4 | 17 | 100 |

| | | | | | | | |
|----|---|----|----|----|----|----|-----|
| 13 | Huevos: de cualquier tipo | 0 | 0 | 38 | 32 | 41 | 10 |
| 14 | Lácteos: Leche de cualquier tipo, yogurt de cualquier tipo, quesos de cualquier tipo, helado tipo Coppelia | 0 | 62 | 0 | 0 | 49 | 10 |
| 15 | Grasas vegetales: aceites, mayonesa, margarinas, manteca de coco, aguacate | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 97 |
| 16 | Grasas animales: manteca de cerdo, mantequilla, queso crema, cebo de carnero | 97 | 0 | 0 | 14 | 10 | 0 |
| 17 | Oleaginosas: maní, ajonjolí, almendra | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 93 |
| 18 | Azúcar y dulces: azúcar, miel, caramelos, frutas en almíbar o en conserva, mermeladas, pastelería, confituras de todo tipo, helado tipo Guarina. | 72 | 21 | 15 | 8 | 0 | 5 |
| 19 | Refrescos: gaseado, instantáneo | 23 | 32 | 18 | 42 | | 5 |
| 20 | Infusiones de hojas | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 115 |
| 21 | Café | 89 | 27 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| 22 | Bebidas alcohólicas | 0 | 0 | 0 | 0 | 68 | 53 |

DISCUSIÓN

El cáncer de piel ha mostrado un incremento paulatino a nivel mundial ya que constituye por su importancia un problema de salud. El cáncer cutáneo no melanoma es el tipo de neoplasia maligna más frecuente en el hombre; cada año se reportan en el mundo entre dos y tres millones de nuevos casos y se estima que mueren 66 000 personas. En los últimos 50 años, los países de América Latina y el Caribe, han experimentado cambios demográficos y epidemiológicos, que provocan un aumento absoluto de las personas que padecen la enfermedad.

En Cuba su incidencia decrece a partir de 1986, en el año 1993 se reinicia su incremento. Geográficamente se verifica una mayor incidencia hacia las provincias centrales del país, especialmente Villa Clara, con 54,5 por 100 000 habitantes y dentro de las provincias occidentales Pinar del Río 22,7. Estas provincias por tradición se han considerado de población predominantemente blanca, y el cáncer de piel está ligado al color claro o blanco.^{7,8,11,12}

Cuba se sitúa actualmente, dentro de los países de América Latina y el Tercer mundo con mayor incidencia del cáncer de piel no melanoma, mostrando una tasa de 55,46 x 100 000 habitantes. Según los datos que aparecen reflejados en el Registro Nacional del Cáncer, esta neoplasia cutánea maligna se ubica en el segundo lugar de la tabla general por cáncer y muestra cada año un incremento considerable.¹³

La edad de mayor presentación de cáncer piel en nuestra serie fue la de 70 años y más, lo que coincide con la literatura internacional.^{5,13,14} Los niños necesitan protección solar de igual manera. De acuerdo con el Colegio Americano de Medicina Preventiva, aproximadamente 80 % de la exposición solar de una persona ocurre antes de los 21 años. En una investigación similar pero en pacientes geriátricos también en la provincia Granma se observó que en los mayores de 60 años distribuidos en 4 grupos, hubo un predominio en el grupo de 60 a 69 años.⁸ Los resultados son similares a los encontrados por *Viñas García y col* en Artemisa recientemente.¹¹

Estos resultados concordaron con lo reportado en estudios realizados por otros autores.^{11,15-17} Se considera que el cáncer de piel es más frecuente en los hombres ya que estos son generalmente los que más se exponen al sol, desde la infancia en juegos al aire libre y más tarde relacionados con sus ocupaciones.

Los fototipos de piel que presentaron mayor intervalo de confianza fueron el II IC=71,7-91,2 seguidos por I IC=10,5 – 20,3; consideramos que nuestros resultados se deban a que en la región hay un porcentaje alto de personas de color blanco de piel y ojos claros reflejado en los diagnóstico de salud de cada área de atención primaria; las personas de piel mate, pigmentada o muy pigmentada, ojos pardos y pelo castaño (fototipos III, IV, V y VI) poseen el efecto protector de la melanina. En la medida en que la piel va teniendo mayor cantidad de melanina tiene mayor tendencia al bronceado, se reduce la posibilidad de las quemaduras solares y disminuye el riesgo para la aparición del cáncer de piel. Por lo que son más afectados por los rayos solares los pacientes blancos, rubios y de ojos azules (fototipos I y II) porque presenta un riesgo especialmente alto. En la literatura revisada existen autores que señalan una mayor predisposición en las personas de piel blanca con poca capacidad de bronceado (fototipo de piel I y II y los albinos) como altamente susceptibles de padecer cáncer de piel.^{3, 4, 11} En estudio realizado en una población de Córdoba, Argentina¹⁶ se encontró que tanto la ascendencia europea como color claro de pelos y ojos, presencia de pecas y lentigos no mantenían su independencia en el análisis multivariado, mientras que fototipos I, II y III, y presencia de queratosis actínicas, se mantienen como factores de riesgo independientes para CBC en el análisis multivariado; con un riesgo de hasta 22 veces más para CBC en las personas con fototipo I y II contra aquellas con fototipo IV o V; y de hasta 6 veces más para las personas con queratosis actínicas, comparado con las que no las tienen. Otros estudios en Latinoamérica donde es predominante es fototipo III-IV de piel, se encontró prevalencia carcinoma basal en primer lugar.^{17,18}

Los antecedentes patológicos familiares y personales en nuestra muestra fue de (34,71 %) y 23 (19,0 %) respectivamente explicado lo primero por pobre conocimiento de los pacientes así como por la edad promedio en los casos encontrados donde ya puede haber disminución de la memoria asociado.

También a la poca capacitación del personal médico de instituciones de atención primaria de salud acerca del tema. Si es de señalar que por experiencia de la autora en nuestra serie observamos presencia de otras lesiones pre malignas de piel por daño

fototóxico crónico como queratosis actínica, lentigo actínico por lo que no habían concurrido anteriormente a consulta, nuestros resultados difieren de otros estudios.^{4,18}

Los pacientes con cáncer de piel que utilizan protección solar según su sexo, predominaron en las mujeres. En cuanto a los medios de protección utilizados contra la radiación solar se dice que un sombrero que tenga un ala a su alrededor de por lo menos dos a tres pulgadas es ideal ya que protege las áreas que a menudo son expuestas al sol, sin embargo los sombreros de mimbre y pajilla no se recomiendan a menos que estén estrechamente tejidos, y estos son los más usados por nuestros campesinos. Debemos señalar que las cremas protectoras no fueron usadas por los pacientes en este estudio, a pesar de que según la bibliografía consultada estas ofrecen un alto grado de protección. Ello puede estar dado porque los conocimientos de fotoeducación y fotoprotección son escasos para nuestra población. Los resultados son similares a los encontrados por Acuña y col en nuestro medio.⁸

Los conocimientos relacionados con la exposición al sol exhibieron un mayor intervalo de confianza la categoría de regular IC= 50,2-74,4. En un estudio realizado en nuestra ciudad en niños se concluyó que predominaron los conocimientos clasificados como regulares en un 63 % de los encuestados, coincidiendo con nuestro trabajo.⁸

La totalidad de los pacientes estudiados con diagnóstico clínico presuntivo de cáncer de piel fueron dermatoscópicamente confirmados; similar a reportado en la literatura por diferentes autores ;^{3,19,20} la distribución topográfica de los mismos según la bibliografía se ha asociado con una mayor predilección por aquellas zonas del cuerpo mayormente foto-expuestas coincidiendo con nuestros resultados.^{3,15,21}

Estudios in vitro y en animales sugieren que la ingesta de antioxidantes, como las vitaminas C y E y b-carotenos, podrían proteger contra el daño oxidativo a la piel, neutralizando ciertos radicales libres. En la actualidad la dieta se sigue investigando a fin de evaluar si ejercería un efecto protector en el desarrollo de este tipo de cáncer.

A pesar de los cambios en la ingestión de nutrientes introducidos en los últimos años, los alimentos que predominan en nuestra región son los que tradicionalmente han sido utilizado por las distintas poblaciones y que han constituido su base de alimentación como los cereales, tubérculos y leguminosas principalmente.²² En relación al consumo de azúcar y el café teniendo en cuenta la experiencia de los autores explicamos los resultados según las preferencias y gustos donde estos hábitos están arraigados y además en la región estudiada se encuentran dos centrales azucareros y pailas de café con buena disponibilidad de guarapo, caña de azúcar, café. Relacionado con la ingestión de azúcar nuestros resultados son similares a lo encontrado en otros estudios nacionales como la II Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y Enfermedades no Transmisibles donde este grupo de alimentos fue el más alto con predominio en el sexo femenino.²³

El consumo de frutas y vegetales, es necesario ya que son los que aportan fundamentalmente vitaminas, fibra dietética y fotoquímicos. En estudios de la dieta realizados en nuestra población se ha encontrado una baja ingestión de frutas y vegetales, además de la poca diversidad en su selección y la presencia de hábitos inadecuados de manipulación, almacenamiento y cocción, los cuales aumentan las pérdidas de vitaminas por estos procederes.^{10,23} A pesar de que contamos con las guías alimentarias como instrumento de intervención idóneo en el área de salud y recomienda que se consuma diariamente al menos alguna fruta cítrica que constituyen

un aporte importante de vitamina C y si consideramos que fue insuficiente su ingestión en nuestra población, pues el aporte de este micronutriente igualmente será pobre.

Otra preferencia en nuestro medio es el consumo de las carnes rojas, ya sea res o cerdo. El pescado se consume en pocas cantidades y por lo general no se encuentra en sus preferencias.^{22,23} Las carnes rojas se ingirieron en nuestro estudio en el 41,3 % de 1 a tres veces por semana y en el 36,3 % una vez por día, estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios en nuestro país donde este grupo fueron junto con las grasas los que más se aproximaron a las recomendaciones nutricionales de la población cubana,^{22,23} sin embargo en nuestras guías alimentarias para mayores de dos años se promueve el consumo de carnes blancas sobre las rojas y de alimentos que contengan soya por la Food and Drug Administration (FDA). En relación al consumo de pescado en nuestra serie este fue pobre; a pesar de que la disponibilidad de este alimento es alta por la localización geográfica de la región.

Se presentó un alto consumo de grasas de origen animal varias veces al día en la muestra estudiada, en las encuestas nacionales realizadas en la década del 80 el consumo de aceite no alcanzaba la tercera parte del total de las grasas. Sin embargo, en la actualidad el aceite constituye la principal fuente de grasa directa en la alimentación y está bastante generalizado el conocimiento de que son más saludables que la manteca; consideramos que en nuestra muestra el consumo estuvo determinado por el hecho de que la manteca es más barata que el aceite y la crianza de cerdo es alta pues la disponibilidad de este alimento también, lo que difiere de otro estudio en nuestro ¹⁰donde este grupo de alimentos fueron muy poco consumidos, a solo el 31,8 % de los pacientes se les administró en más de una frecuencia diaria y al 40,9 % no se le había administrado nunca.

Los alimentos lácteos se consumieron con una frecuencia de 1 vez al día en el 51,2 % y aunque no llegan a cubrir las recomendaciones diarias para este grupo poblacional si consideramos que la frecuencia difiere de otras regiones del país por ejemplo el de las zonas urbanas, nuestra población procede fundamentalmente de una zona rural o cercana a la zona rural lo que hace más disponible y asequible el alimento.

La ingestión de bebidas alcohólicas en exceso es una práctica inadecuada utilizada por un número cada vez más elevado de residentes en la región que ocasiona malos hábitos alimentarios como comer a deshoras, sustituir comida por bebida, lo que afecta el estado nutricional de la población. El 43,8 % de nuestros pacientes nunca ingirieron bebidas alcohólicas, dato que consideramos importante porque a pesar que directamente este hábito no se ha relacionado con el cáncer de piel; la inmunosupresión sí constituye un factor de riesgo bien estudiado y si analizamos la relación de que el alcoholismo deviene en un compromiso del sistema inmune es necesario su estudio. El resultado de nuestra investigación arrojó que no constituyó un elemento a considerar y pudiera esto estar relacionado otros factores psicológicos y religiosos en la población estudiada.

El CBC predominó sobre el CCE en nuestro estudio; similares resultados se encontraron en otros estudios realizados.^{2,3,11,15,24,25} Concluimos la utilidad del estudio dermatoscópico para el diagnóstico de cáncer de piel y de los factores de riesgos (genéticos, ambientales, nutricionales). Recomendamos el diseño de un programa de prevención de cáncer de piel con todo sus componentes que considere la utilización de la dermatoscopía incluyendo los factores dietéticos y nutricionales desde atención primaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Vidrio RM. Cáncer de piel. *Rev Fac Med UNAM*.2003; 46(4):166-71.
2. Vitale MA. Fotoprotección: Conceptos Básicos y Actualización. *Rev Per Dermatol*.2002; 12(2):1-10.
3. Lukasz M, Cidral Muñiz E, Leite da Veiga M, Iribas JL. Aspectos epidemiológicos del cáncer no melanoma de piel en un servicio de dermatología de la ciudad de Santa Fe – Argentina.2007. *Rev Argent Dermatol*.2008; 89(1):20-5.
4. Katalinic A, Kunze U, Schäfer T. Epidemiology of cutaneous melanoma and non-melanoma skin cancer in Schleswig-Holstein, Germany: incidence, clinical subtypes, tumor stages and localization. *Br J Dermatol*.2003; 143:1200-6.
5. Millán Parrilla F, Quecedo Estébanez E, Gimeno Carpio E, López-Rodríguez G. Antioxidantes orales. *Piel*. 2007; 22(2):95-9.
6. Nutrientes antioxidantes como agentes preventivos de cáncer, una revisión. *Rev Mex de Salud Pública y Nutrición*.2006; 7(3):30-45.
7. Carrera Alvarez C y col. Correlación histológica en dermatoscopía: lesiones melanocíticas y no melanocíticas. *Med Cutan IberLat Am*.2004; 32(2):47-60.
8. Acuña Aguilarte PM, Izquierdo Izquierdo ME, Chichay Torres L, Muñoz Pérez JV, Álvarez Rivero MB, Renó Céspedes JS. Intervención educativa en un grupo de adolescentes habaneros con daño actínico crónico. *Rev Fol Dermatol Cub*.2010; 4(1):1-5.
9. Dagatti MS, Bertola Compagnucci A, Maris Pezzotto S. Hábitos alimentarios y riesgo de cáncer de piel no melanoma. *Rev Chil Nutr*.2011; 38(1):15-21.
10. Díaz Lorenzo T, Sánchez Azahares Y, Fragozo T, Cardona Gálvez M. Evaluación nutricional de niños con diarrea crónica inespecífica. *Rev Cub Ped*.2007; 79(4): 1-6.
11. Viñas García M, Igozaín Acosta Y, Álvarez Campos L, Quintana Díaz J C I Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. *Rev Cub Estomatol*.2011; 48(2):121-8.
12. Estrada Sarmiento M, Virelles Espinosa I. Incidencia del cáncer de piel en la provincia de Granma. Cuba 1999-2003. *Rev Multimed*.2004; 8(4).
13. Bárzaga VH. El cáncer cutáneo no melanoma: un problema de salud actual. *AMC*.2009; 13(2):50-7.
14. Corbalán-Vélez JA, Ruiz-Maciáb, Brufauc C, Carapetod FJ. Carcinoma espinocelular cutáneo y papilomavirus. *Actas Dermosifiliogr*.2007; 98:583-93.

15. Nova-Villanueva J, Sánchez-Vanegas G , Porras de Quintana L. Cáncer de Piel: Perfil Epidemiológico de un Centro de Referencia en Colombia 2003-2005. Rev Salud Pública.2007; 9(4):595.
16. Ruiz Lascano A, Kuznitzky R, GarayI, Ducasse C, Albertini R. Factores de riesgo para carcinoma basocelular. Estudio de casos-controles en Córdoba. Rev Medicina.2005; 65(6):10-20.
17. Ramos Lage I. Epidemiología del cáncer de piel no melanoma Rev Cub Oncol.2001; 17(1):43-7.
18. McLeod MP, Ferris KM, Choudhary S, Alqubaisy Y, Shiman M, Loring-Warsch J, *et al.* Contralateral distribution of Nonmelanoma Skin Cancer between older Hispanic/Latino and Non-Hispanic/Non-Latino Individuals. Br J Dermatol. 2012 Aug 16.
19. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Nuin-Villanueva M, Cierco-Peguera P, Moreno-Baquerano M, Rubio-Toledano L. Prevención del cáncer. Aten Primaria. 2005; 36(Supl 2): 47-65.
20. Cabrera Morales C M, López-Nevot MA. Efectos de la radiación ultravioleta (UV) en la inducción de mutaciones de p53 en tumores de piel. Rev Oncol Barc.2006; 29(7):1-23.
21. Tessari G, Girolomoni G. Non melanoma Skin Cancer in Solid Organ Transplant Recipients: Update on Epidemiology, Risk Factors, and Management. Dermatol Surg. 2012 Jul 17.
22. Díaz Fernández JR, Cagigas Reig A, Díaz Lorenzo T. Hábitos Alimentarios en Centroamérica y el Caribe: En Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicación. Editorial Masson. Rev Esp Sal Púb.2005:639-41.
23. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. Resumen de los Resultados de la II Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y Enfermedades no Transmisibles. La Habana, 2002.
24. Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and non melanoma skin cancer the role of sunlight. Adv Exp Med Biol. 2008; 624:89-103.
25. Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. Br J Dermatol.2006; 155(2): 401-40.

Recibido: enero de 2014.

Aprobado: mayo de 2014.

Dra. Bárbara Beatriz Barroso Fleitas. Policlínico Universitario "26 de Julio", Calle 72 y 13, Playa. E mail: beatrizbarroso@infomed.sld.cu