

DERMATOLOGÍA**BASES PARA LA PREVENCIÓN
DEL CÁNCER DE PIEL NO
MELANOMA**

Alexandra Rodríguez Briceño*

SUMMARY

Nonmelanoma skin cancers are the most common cause of cancer, the most frequently diagnosed are the basal cell carcinoma and the squamous cell carcinoma. The incidence is increasing and becoming a health care problem worldwide^{2,4,8}. The major etiologic factor is the exposure to UV radiation especially UVB and UVA, and it's necessary to use multiple techniques to avoid it and prevent this pathology.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de piel no melanoma (CPNM) incluye una gran

variedad de neoplasias queratinocíticas de las cuales los dos tipos más frecuentes son el Carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular cuya incidencia se ha visto en aumento. La exposición a radiación UV ha sido el principal factor de riesgo reconocido. En este artículo se hará una revisión sobre estas lesiones, los factores de riesgo asociados y los elementos básicos para la prevención.

GENERALIDADES

El cáncer de piel no melanoma es el tipo de cáncer más

frecuente en la actualidad con una incidencia en aumento mostrada en numerosos reportes epidemiológicos^{4,9} los dos tipos principales son el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular.

**CARCINOMA
BASOCELULAR**

El carcinoma basocelular corresponde a un 80% de los CPNM y de este un 60% es de su variante nodular.⁹ Puede ser localmente agresivo pero mantiene un bajo riesgo de producir metástasis. Los

* Médico General. Universidad de Ciencias Médicas.
Correo: alexadrarodriguez.br@gmail.com

principales factores de riesgo son la exposición a radiación UV, vivir en áreas cercanas al ecuador, fototipo cutáneos I y II, exposición a radiación ionizante, Arsénico, las cámaras de bronceado, los tratamientos con fototerapia y la inmunosupresión.⁷

CARCINOMA ESPINOCELULAR

El carcinoma espinocelular corresponde del 10 % al 20 % de los canceres de piel.^{5,7} Su forma de aparición más frecuente es ligado a queratosis actínicas ya que albergan un riesgo de transformación maligna de hasta un 20%.¹⁰ En 2 al 5% de los casos desarrolla metástasis a los ganglios linfáticos regionales o distantes.⁶ Los factores de riesgo más destacables cabe son la edad mayor a 60 años, fototipo cutáneo I y II, exposición a luz UV, fototerapia tipo PUVA, uso de cámaras de bronceado, la inmunosupresión, predisposición genética con enfermedades como la xeroderma pigmentosa, albinismo o síndrome de Muir Torre, la exposición al arsénico y se ha establecido un posible efecto sinérgico con el VPH.^{1,4} Otros factores menos frecuentes son la exposición a radiación térmica (infrarroja), procesos inflamatorios crónicos, úlceras, cicatrices y quemaduras.

PREVENCIÓN

Estudios recientes han catalogado al cáncer de piel como un problema de salud a nivel mundial y se considera que un 80% de los cánceres de piel no melanoma pueden ser prevenidos.⁸ Es necesario educar a la población sobre los cuidados básicos de esta patología, examinar la totalidad de la superficie cutánea en búsqueda de lesiones sospechosas y mantener en control a las personas que ya han tenido cáncer de piel ya que su riesgo de presentar otra lesión es de un 44% en los siguientes 3 años.⁸ Al ser la radiación UV el principal factor de riesgo, disminuir la exposición a esta debe ser una prioridad. La radiación UVA comprende el 90 a 95% de los rayos UV y causa fotoenvejecimiento e inmunosupresión. La UVB es el principal carcinogénico, inmunosupresor y causante de las quemaduras por el sol. Varía según latitud, altitud, clima, ambiente y la hora del día siendo más intensa entre las 10 am y 4pm.^{3,4,8} Se recomienda evitar las horas del día donde la radiación solar es más intensa, se debe tomar en cuenta que permanecer en áreas con sombra no protege de la reflexión de los rayos UV. La ropa es un método muy bueno para protección de los rayos UV y algunos autores recomiendan prendas especiales

para esta función. Se puede medir el factor de protección brindado por estas dependiendo del nivel en que bloquen el paso de los rayos UV. Se clasifica en bueno: 15 a 24. Muy bueno: 25 a 39. Excelente: 40 a 50. Los factores determinantes de esta protección comprenden el material de fabricación de la prenda, su porosidad, el grosor y el color, siendo las prendas más gruesas y oscuras las que proveen mayor protección.^{4,10} Se debe utilizar lentes de sol con un 98% al 100% de protección contra rayos UVA/UVB.¹⁰ Las pantallas solares son agentes de uso tópico que mezclan generalmente un componente inorgánico con dos orgánicos. Los principales compuestos inorgánicos son el óxido de zinc y el dióxido de titanio siendo el último mejor para aminorar el paso de los rayos UVB. Su eficacia se marca con el factor de protección solar (SFP) que refleja la protección contra el eritema mínimo inducido predominantemente por la radiación UVB. Se recomienda un bloqueador solar resistente al agua, amplio espectro y que sea como mínimo un SFP 30 en las áreas de exposición solar que la ropa no protege. Se debe aplicar cada dos horas o después de haberse sumergido en una piscina, para mantener una protección constante. La quimioprevención implica el uso de agentes como

retinoides, vitamina D, licopeno, inhibidores de la ciclooxigenasa 2, entre otros para detener la carcinogénesis en distintas etapas, sin embargo los retinoides son los únicos cuya eficacia se ha demostrado cuando se utilizan por vía oral y a altas dosis, pero sus efectos secundarios dificultan la adherencia terapéutica y el uso prolongado.⁸

CONCLUSIÓN

Actualmente la incidencia del CPNM va en aumento y es necesario educar a la población sobre las medidas básicas de protección contra la radiación UV al ser este el principal factor de riesgo. Un solo método de protección no es suficiente para lograr una mejoría de esta patología a largo plazo y se ocupa abarcar todos los niveles de atención para causar un impacto real en estas cifras.

RESUMEN

El cáncer de piel no melanoma es el tipo más frecuente de cáncer, los dos tipos principales son el carcinoma basocelular y el espinocelular, la incidencia de estos se ha visto en aumento al punto de convertirse en un problema de salud a nivel mundial.^{2,4,8} Al ser la exposición a radiación UVA y UVB el principal factor de riesgo, es necesario implementar múltiples técnicas para disminuir la exposición a esta y prevenir el desarrollo de estas lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argila-Fernández D. Cáncer de piel. Actualización. Medicine. 2010;10(48):3213-22.
2. Chummun S. Mc Lean N. Management of malignant Skin Cancers. Elservier Ltd. Surgery. (2011) 29:10 :529-533.
3. Cooley J.,Quale L. Skin Cancer Preventive Behavior and Sun Protección Recommendations. Seminars in Oncology Nursing, vol 29, No3 (August), 2013:pp223-226.
4. Gordon R. Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. Seminars in Oncology Nursing, No3(August)2013: pp160-169.
5. Halem M., Karimkhani C. Dermatology of the head and neck: skin cancer and benign skin lesions. Dent Clin N. Elsevier inc.2012;56(2012)771-790.
6. Holm Richard. Skin cancer prevention and screening. Special Issue 2015. 75-81
7. Lobos P., Lobos A. Cáncer de Piel No Melanoma. Rev Med Clin Condes.2011; 22(6)737-748.
8. Oghan F. Eskiizmir G. Unlu H. Cingi C. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck: prevention. Facial Plast Surg Clin N AM. Elsevier Inc. 20(2012) 515-523.
9. Randie K.. Armstrong A. Nonmelanoma skin cancer. Dermatol Clin .Elsevier Inc. 30(2012) 125-139
10. Zhao B. He Y. Recent advances in the prevention and treatment of skin cancer using photodynamic therapy.Expert Rev Anticancer Ther. 2010 Nov;10(11): 1797-1809. doi:10.1586/era.10.154