

Caracterización epidemiológica y concordancia clínico-patológica del cáncer de piel en el Hospital General Dr. Manuel Gea González

Epidemiological characterization and clinical and pathological concordance of skin cancer
in Dr. Manuel Gea González General Hospital

GISELA REYES MARTÍNEZ,* ANA LAURA ROMERO GUERRA,* PERLA ALCÁNTARA HERNÁNDEZ,*
MARÍA DEL PILAR MATA MIRANDA,*** SARA PARRAGUIRRE,**** ELISA VEGA-MEMIJE**

* Médico Interno de Pregrado; **Médico Adscrito al Servicio de Dermatología; ***Médico Adscrito al Departamento de Investigación; ****Jefa del Departamento de Anatomía Patológica, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Fecha de aceptación: enero de 2007

RESUMEN

ANTECEDENTES: EL CÁNCER DE PIEL EN MÉXICO OCUPA EL SEGUNDO LUGAR DE LOS TUMORES NOTIFICADOS, CON UNA PREVALENCIA DE 13.6% DE ACUERDO CON EL ÚLTIMO REPORTE DEL REGISTRO HISTOPATOLÓGICO DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN MÉXICO.¹ EL TÉRMINO CÁNCER DE LA PIEL AGRUPA VARIOS TUMORES QUE TIENEN EN COMÚN UN COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO MALIGNO PERO QUE, INDIVIDUALMENTE, PRESENTAN DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON LA CAPACIDAD DE INVASIÓN, TENDENCIA A LA METÁSTASIS Y MORTALIDAD.

OBJETIVO: CARACTERIZAR ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER DE PIEL CONFIRMADOS POR ESTUDIO HISTOLÓGICO EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ EN LOS SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA Y PATOLOGÍA Y DETERMINAR LA CONCORDANCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LAS PRINCIPALES NEOPLASIAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL.

MATERIAL Y MÉTODOS: ESTUDIO TRANSVERSAL, RETROSPECTIVO, DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL CON EL REGISTRO DE LOS PACIENTES CON BIOPSIA QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE JUNIO DE 1995 A JUNIO DE 2005. EL TAMAÑO DE LA MUESTRA FUE DE 8,821 EXPEDIENTES CLÍNICOS. SE UTILIZÓ ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA Y ANÁLISIS DE CONCORDANCIA KAPPA PARA LA VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS.

RESULTADOS: SE INCLUYERON 1,326 EXPEDIENTES CLÍNICOS EN EL ESTUDIO. LA DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE CÁNCER FUE DE 67% PARA EL CARCINOMA BASOCELULAR, 19% PARA EL CARCINOMA ESPINOCELULAR, 8% PARA EL MELANOMA MALIGNO Y 6% OTROS TIPOS DE CÁNCER DE PIEL. EL CÁNCER DE PIEL FUE MÁS FRECUENTE EN EL SEXO FEMENINO (58.7%). POR GRUPO DE EDAD, FUE MÁS FRECUENTE ENTRE LOS 56 A LOS 75 AÑOS CON 43.2%, SEGUIDO DE 31.7% EN EL GRUPO DE MAYORES DE 75 AÑOS Y 25% EN MENORES DE 56 AÑOS. LA TOPOGRAFÍA MÁS FRECUENTE FUE CABEZA Y CUELLO 78.7% Y TRONCO 6.9%.

LA CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EL RESULTADO HISTOPATOLÓGICO FUE DE 76% PARA EL CARCINOMA BASOCELULAR, 60% PARA EL CARCINOMA ESPINOCELULAR Y 81% PARA EL MELANOMA MALIGNO.

CONCLUSIONES: SE ENCONTRÓ UNA PREVALENCIA DEL CARCINOMA BASOCELULAR MENOR A LO REPORTADO EN LA LITERATURA (67% vs. 77%).² LA DISTRIBUCIÓN POR SEXO, CON PREDOMINIO DEL FEMENINO, FUE SIMILAR A LA REPORTADA EN LA LITERATURA EXCEPTO PARA EL CARCINOMA ESPINOCELULAR, EL CUAL FUE MÁS FRECUENTE EN HOMBRES. IGUAL QUE EN LA LITERATURA, PREDOMINÓ LA DISTRIBUCIÓN POR EDAD (56-75 AÑOS), Y LA TOPOGRAFÍA (EN CABEZA Y CUELLO) FUE SIMILAR A LA REGISTRADA.

LA CONCORDANCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA FUE MUY BUENA/PERFECTA PARA EL CARCINOMA BASOCELULAR Y EL MELANOMA MALIGNO, Y ADECUADA PARA EL CARCINOMA ESPINOCELULAR.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Gisela Reyes Martínez
Hospital General Dr. Manuel Gea González
Tlalpan 4800, México DF, c. p. 14000

PALABRAS CLAVE: TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL, CARCINOMA BASOCELULAR, CARCINOMA ESPINOCELULAR, MELANOMA MALIGNO

ABSTRACT

BACKGROUND: A SKIN CANCER PREVALENCE OF 13.6% HAS BEEN REPORTED BY THE NATIONAL MALIGNANT TUMORS REGISTRATION IN MEXICO.¹ SKIN CANCER INCLUDES A GROUP OF TUMORS WITH MALIGNANT BIOLOGIC BEHAVIOR. THEY PRESENT DIFFERENCES ON THEIR INVASION ABILITY, METASTASIS TENDENCY AND MORTALITY RATE.

OBJECTIVE: TO OBTAIN THE EPIDEMIOLOGIC FEATURES OF SKIN CANCER WITH THEIR CLINICAL AND HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS IN POPULATION ATTENDING THE DERMATOLOGY AND PATHOLOGY SERVICES OF DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ GENERAL HOSPITAL.

MATERIAL AND METHODS: A TRANSVERSAL, RETROSPECTIVE, DESCRIPTIVE AND OBSERVATIONAL STUDY WAS CARRIED OUT IN 8,821 CASES OF PATIENTS WITH SKIN BIOPSY THAT WERE PREVIOUSLY REGISTERED IN THE DERMATOPATHOLOGY AND PATHOLOGY SERVICES FROM JUNE 1995 TO JUNE 2005. DESCRIPTIVE STATISTICS AND KAPPA AGREEMENT ANALYSIS TO VALIDATE RESULTS WERE USED.

RESULTS: 1,326 CASES WERE INCLUDED, 67% DIAGNOSED WITH BASAL CELL CARCINOMA, 19% SQUAMOUS CELL CARCINOMA, 8% MELANOMA AND 6% WITH OTHER TYPES OF SKIN CANCER. FEMALES WERE THE MOST FREQUENTLY AFFECTED (58.7%), 43.2% WITHIN AN AGE RANGE OF 56 TO 75 YEARS, 43.2% WERE OLDER THAN 75 YEARS-OLD, AND 25% WERE YOUNGER THAN 56 YEARS-OLD. HEAD AND NECK WERE THE MOST AFFECTED AREAS (78.7%), AND TRUNK REPRESENTED ONLY 6.9%.

CLINICAL AND HISTOLOGICAL DIAGNOSTIC CORRELATION WAS 76% FOR BASAL CELL CARCINOMA, 60% FOR SQUAMOUS CELL CARCINOMA AND 81% FOR MELANOMA.

CONCLUSIONS: PREVALENCE OF BASAL CELL CARCINOMA WAS SMALLER THAN THAT REPORTED IN LITERATURE (67% VS. 77%). THE DISTRIBUTION FOR GENDER WAS SIMILAR EXCEPT FOR SQUAMOUS CELL CARCINOMA, WHICH IS USUALLY MORE FREQUENT IN MALES, AND AGE AND TOPOGRAPHY SHOWED SIMILAR CHARACTERISTICS. THE CORRELATION BETWEEN CLINICAL AND HISTOLOGICAL DIAGNOSES WAS GOOD/PERFECT FOR BASAL CELL CARCINOMA AND MELANOMA, AND ADEQUATE FOR SQUAMOUS CELL CARCINOMA.

KEY WORDS: SKIN CANCER, BASAL CELL CARCINOMA, SQUAMOUS CELL CARCINOMA, MALIGNANT MELANOMA

Introducción

En México, los datos de incidencia de neoplasias cutáneas son proporcionados por el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, en el cual el cáncer de piel ocupa el segundo lugar en frecuencia entre todas las neoplasias malignas, de las que constituye 13.6%.¹ En este registro no se encuentran los datos de los Servicios de Dermatología ni de las instituciones privadas.

Para realizar un diagnóstico clínico correcto, es necesario conocer la morfología de los principales tumores malignos de la piel, por lo que mencionaremos brevemente la clasificación de cada uno. El carcinoma basocelular (CBC) tiene las variantes clínicas de: tumoral, vegetante, seudográquístico, planocicatrizal, morfeiforme, pagetoide, ulcerado y pigmentado. El carcinoma espinocelular (CEC) se clasifica en: superficial, nodular queratósico, ulceroso, vegetante y epitelomatosis múltiple. Por último, el melanoma maligno (MM) presenta los tipos: lentigo maligno, de extensión

superficial, acral lentiginoso, nodular, amelánico, de mucosas y los localizados hacia el sistema nervioso central y vísceras.²⁻⁵

Debido a la amplia variedad clínica de estas neoplasias, existen múltiples diagnósticos diferenciales, como dermatosis inflamatorias y tumores benignos, por lo que el estudio histopatológico es indispensable para confirmar el diagnóstico.

La frecuencia de CBC, CEC y MM se ha incrementado drásticamente en las dos últimas décadas, debido al aumento de los rayos ultravioleta y de la población anciana. A pesar de que el MM es la neoplasia que ocupa el tercer lugar por frecuencia en la piel, es la que causa mayor mortalidad. Su prevalencia ha aumentado rápidamente y representa un riesgo a lo largo de la vida de 1.3% y 1.7% para mujeres y hombres, respectivamente.⁶ En el 2003 se registraron 54,200 casos nuevos y 7,600 muertes esperadas.⁷ En cuanto al cáncer no-melanoma, tiene una incidencia

aproximada de un millón de casos por año. La posibilidad de desarrollar CBC a lo largo de la vida es de 30%, y el riesgo de sufrir CEC es de 10%.³

En nuestro país, los estudios publicados en relación con la epidemiología del cáncer de piel corresponden en su mayoría al Centro Dermatológico Pascua.⁸⁻¹⁰ En un estudio se registró un total de 1,687 pacientes con cáncer de piel; 79.1% de ellos tuvo CBC, 16.2% CEC, 3.6% MM y 1.1% otros tumores.⁹ En otra serie que incluyó 2,320 pacientes se reportó disminución en la prevalencia de CBC (68%), el CEC mantuvo una prevalencia similar (17.7%), mientras que en el MM se elevó de manera importante (9.7%).¹⁰

En cuanto a edad y sexo en el CBC, más de 65% de los pacientes se encuentra entre la sexta y octava década de la vida, y casi 70% de ellos son mujeres. Por otro lado, el CEC afecta en 60% a grupos entre la séptima y octava década de la vida.

Con respecto a la topografía, el CBC se presentó preferentemente en la cara (82%) y el CEC en la cara y más de la tercera parte en extremidades y tronco.¹⁰

En relación con la concordancia clínico-patológica de las neoplasias malignas, en el Centro Dermatológico Pascua se realizó un estudio de enero de 1995 a diciembre del 2001, en el cual fueron analizadas 1,687 lesiones, y la correlación fue positiva en 93.1% de los casos. Sin embargo, al analizar esta relación con cada tipo de tumor, fueron encontradas variaciones significativas.

El CEC fue el diagnóstico histológico que se demostró en la mayoría de las lesiones en las que clínicamente se había diagnosticado un CBC, y de la misma forma, la neoplasia hallada con más frecuencia en las lesiones que inicialmente habían sido diagnosticadas por medios clínicos como CEC fue el CBC. En el caso del MM, la correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico fue significativamente menor que en los dos casos anteriores. Cuando no hubo correlación, el tumor detectado con más frecuencia fue el CEC y, en segundo término, los nevos melanocíticos.⁹

Por otro lado, es importante conocer la concordancia clínico-patológica en nuestro centro hospitalario, ya que no existe un estudio que trate este aspecto. El diagnóstico histológico correcto de cualquier lesión dermatológica, además de servir como base para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, mejora el pronóstico y la evolución de las neoplasias de la piel al permitir el inicio oportuno del tratamiento definitivo o la transferencia rápida de un paciente a un nivel superior de atención.

Objetivo

Describir los aspectos epidemiológicos del cáncer de piel en la población del Hospital General *Dr. Manuel Gea González* en casos confirmados histopatológicamente por los servicios de Dermatología y de Patología, así como determinar la concordancia entre los diagnósticos clínico y patológico de las principales neoplasias tratadas en el Departamento de Dermatología de este hospital.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional, en el cual se incluyeron los registros de pacientes que acudieron al Servicio de Dermatología en el período de junio de 1995 a junio de 2005 con toma de biopsia de la lesión dermatológica, así como las biopsias registradas en el servicio de patología.

El tamaño de la muestra fue de 8,821 expedientes clínicos. Los criterios de inclusión fueron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de piel, tanto del servicio de Dermatología como de Patología del Hospital General *Dr. Manuel Gea González*, sin importar la estirpe histológica, que contaran con los siguientes datos: año de diagnóstico, sexo, edad, topografía, diagnóstico clínico y tipo histológico de carcinoma. Se excluyeron los casos de los pacientes que no contaran con los criterios de inclusión o bien, cuando los datos registrados fueron dudosos o erróneos. Se utilizó estadística descriptiva J^2 y análisis de concordancia *Kappa* para la validación de resultados.

El análisis de concordancia utiliza los criterios de Fleiss para la interpretación de los resultados, siendo una concordancia muy buena/perfecta cuando el valor obtenido es de 0.75 a 1; adecuada cuando el valor varía de 0.50 a 0.74; inadecuada cuando es de 0 a 0.49, y finalmente, una concordancia menor que la debida al azar cuando el valor resultante es menor a cero.

Resultados

Fueron revisados 8,821 expedientes de pacientes con estudio histopatológico de enero de 1995 a enero de 2005. Únicamente 1,326 expedientes cumplieron con los criterios de selección. El grupo de mujeres representó 58.7% y el de hombres 41.3%.

Los diagnósticos clínicos que incluían neoplasias malignas, por orden de frecuencia, fueron el CBC con 63% ($n = 854$), seguido del CEC 17% ($n = 227$), MM con 6.5% ($n = 88$), queratosis actínica y linfoma con 1.2% cada uno ($n = 16$) y sarcoma de Kaposi 1% ($n = 14$); otros diagnósticos

clínicos diversos fueron agrupados y ocuparon 10.1% del total de los diagnósticos (n = 111).

La distribución por edad fue de 43.2% (n = 574) en el grupo de 56 a 75 años, 31.6% (n = 420) en mayores de 75 años, 18.4% (n = 244) el grupo de 36 a 55 años, 5.2% (n = 70) en el grupo de 16 a 35 años y 1.35% (n = 18) en menores de 16.

La distribución por topografía para el cáncer de piel fue en cara 71.3% (n = 945), piel cabelluda y cuello 7.5% (n = 100), tronco 7% (n = 92), extremidades 6.6% (n = 87), pies 3.6% (n = 48), manos 3.5% (n = 46) y genitales 0.6% (n = 8).

De acuerdo con los resultados histopatológicos, 67% (n = 912) fue CBC, 19% (n = 256) CEC, 8% (n = 107) MM, 2% (n = 25) linfoma y 1.1% (n = 15) sarcoma de Kaposi, 0.8%

(n = 11); el carcinoma sebáceo y otros diagnósticos (porocarcinoma, dermatofibrosarcoma) ocuparon 2.5% (n = 32) (Gráfica 1).

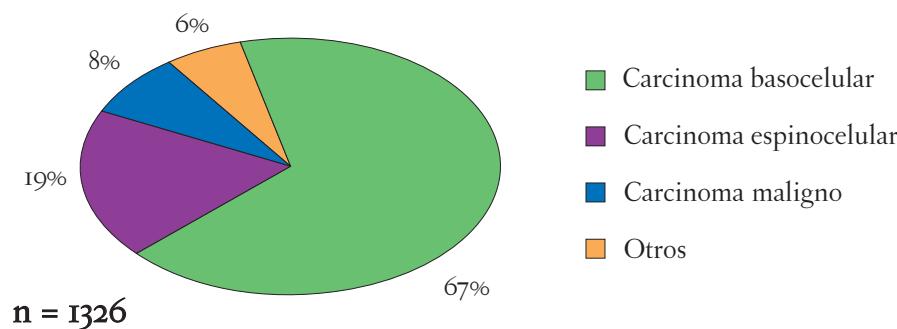
Para la caracterización epidemiológica, se compararon los diagnósticos histopatológicos con la edad, sexo y topografía.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia por tipo de cáncer en relación con el sexo (Gráfica 2), así como en la frecuencia por tipo de cáncer según los grupos de edad, con $p < 0.0001$ Ji cuadrada 110, df 12 (Tabla 1).

Por grupo de edad, el carcinoma predominante fue el CBC en todos los grupos. Estos datos se resumen en la Tabla 1.

GRÁFICA 1

Distribución del cáncer de piel en el Hospital General Dr. Manuel Gea González
1995-2005



GRÁFICA 2

Comparación de las frecuencias por tipo de cáncer en piel según sexo

1995-2005

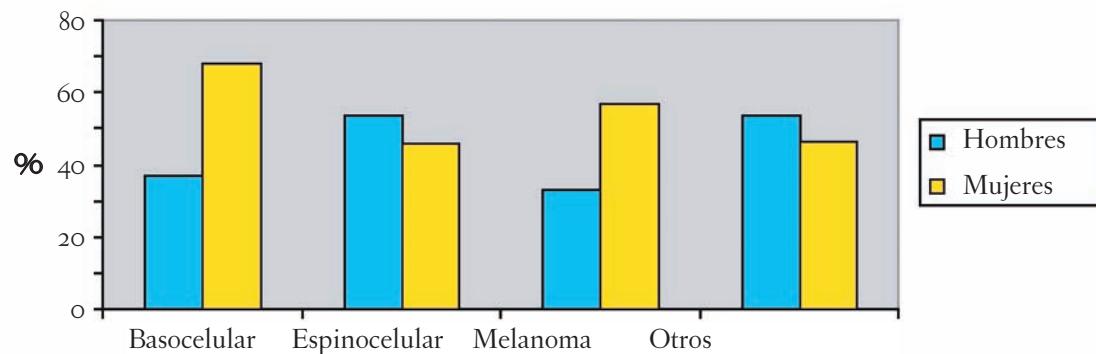


TABLA 1

Comparación de las frecuencias por tipo de cáncer de piel según grupo de edad

	Cárcinoma basocelular	Cárcinoma espinocelular	Melanoma maligno	Otros	Total
Menor de 16 años	12	3	1	2	18
De 16 a 35 años	31	8	12	19	70
De 36 a 55 años	156	39	25	24	244
De 56 a 75 años	410	91	47	26	574
Mayor de 75 años	274	115	20	11	420
Total	883	256	105	82	1326

p<0.0001 Ji cuadrada 110, df 12

TABLA 2

Comparación de las frecuencias por tipo de cáncer de piel con respecto a la topografía

	Cárcinoma basocelular	Cárcinoma espinocelular	Melanoma maligno	Otros	Total
Cara	724	161	27	33	945
Manos	6	23	16	1	46
Pies	6	5	34	3	48
Extremidades	27	23	14	23	87
Tronco	56	16	6	14	92
Cabeza y cuello	64	20	8	8	100
Genitales	0	8	0	0	8
Total	883	256	105	82	1326

En cuanto la frecuencia por tipo de cáncer y la topografía, también hubo diferencias estadísticamente significativas P < 0.0001 Ji cuadrada 537, df 18 (Tabla 2).

El tipo de cáncer más frecuente en cara fue el CBC con 76%, el CEC 17% y MM y otros tipos de cáncer 3%. Por orden de frecuencia en manos, el más importante fue el CEC con 50%, el MM 35%, CBC 13% y otros 2%. En pies, el MM tuvo 71%, seguido del CBC con 13%, CEC 10% y otros 6%. En extremidades, el más frecuente fue el CBC con 31%, el CEC 26%, otros tipos de cáncer 26% y MM 16%. En tronco, el CBC tuvo 61%, seguido del CEC con 17%, otros tipos de cáncer 15% y el MM 7%. En cabeza y cuello, el CBC tuvo 64%, seguido del CEC con 20% y el MM y otros tipos de cáncer con 6% cada uno. En genitales, todos los tumores fueron CEC (Tabla 2).

Con respecto a la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico, se encontró que fue de 76% para el CBC (Kappa = 0.76), 60% para el CEC (Kappa = 0.60) y 81% para el MM (Kappa = 0.81) (Cuadros 1, 2 y 3).

Los 44 casos donde clínicamente se diagnosticó el CBC pero histológicamente correspondía a otro diagnóstico, fuese maligno o benigno, figuran por orden de frecuencia 80% para CEC (n = 35), seguido de tricoepitelioma 9% (n = 4), MM 4.5% (n = 2), carcinoma sebáceo, carcinoma triquilemico y tricoblastoma con 2% cada uno (n = 1 por diagnóstico).

En el mismo sentido, en los 62 casos que clínicamente se diagnosticó CEC se observó histológicamente en 86% CBC (n = 55), carcinoma sebáceo en 6% (n = 3) y melanoma maligno, linfoma, carcinoma triquilemico, carcinoma de células claras con 2% cada diagnóstico (n = 1, respectivamente).

Finalmente, para ocho casos diagnosticados clínicamente como MM, los diagnósticos histopatológicos fueron CEC con 63% (n = 5), CBC con 25% (n = 2) y carcinoma de células claras 12% (n = 1).

Se obtuvo el registro de aquellos casos en los que clínicamente se pensó en otro diagnóstico, generalmente como lesión benigna, pero histológicamente resultó cáncer. Para el CBC se emitieron diagnósticos clínicos de nevo intradérmico (n = 6); síndrome de nevo basocelular, nevo sebáceo y queratosis actínica (n = 4 c/u); queratoacantoma y queratosis seborreica (n = 3 c/u); nevo azul y nevo traumatizado (n = 2 c/u), y finalmente, tumor de anexos, queratosis liquenoide, angioma traumático, nevo compuesto e hidrocistoma (n = 1 c/u).

El CEC fue confundido clínicamente con dermatofibroma y cuerno cutáneo (n = 11 c/u); queratosis seborreica (n = 7); granuloma piógeno y verrugas vulgares (n = 3 c/u); nevo sebáceo, tuberculosis verrucosa, onicomatricoma, metástasis, nevo displásico, carcinoma mucoepidermoide y pénfigo (n = 1 c/u).

Los diagnósticos clínicos que se dieron para nevo melanocítico (n = 6), nevo displásico (n = 28), nevo sebáceo, nevo intradérmico, queratoacantoma, nevo compuesto y melanomatiquia (n = 1 c/u) histológicamente resultaron MM.

CUADRO 1

Concordancia entre el diagnóstico clínico y el resultado histopatológico

Cáncer	Resultado histopatológico	Total
basocelular	+	-
Diagnóstico	+	798
clínico	-	102
	Total	900
		443
		1343

Kappa= 0.76

p<0.00001

CUADRO 2

Concordancia entre el diagnóstico clínico y el resultado histopatológico

Cáncer	Resultado histopatológico	Total
espinocelular	+	-
Diagnóstico	+	161
clínico	-	95
	Total	256
		1087
		1343

Kappa= 0.60

p<0.00001

CUADRO 3

Concordancia entre el diagnóstico clínico y el resultado histopatológico

Cáncer	Resultado histopatológico	Total
maligno	+	-
Diagnóstico	+	79
clínico	-	26
	Total	105
		1238
		1343

Kappa= 0.81

p<0.00001

Discusión

Cuando se compararon por separado los grupos de hombres y de mujeres en cuanto al tipo de cáncer, la topografía y tipo de cáncer por grupo de edad, se observó que la frecuencia de CBC se incrementó con respecto a la edad en las mujeres en mayor proporción que en los hombres en el grupo de 16 a 35 años (Tablas 3 y 4).

En el CEC se observó un incremento en el número de casos en hombres con respecto a las mujeres en el grupo de 36 a 55 años de edad. El MM se presentó con mayor frecuencia en las mujeres con respecto a los hombres en el grupo de 36 a 55 años de edad.

Tabla 3

Comparación de las frecuencias por tipo de cáncer de piel, grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Cáncer basocelular		Cáncer espinocelular		Melanoma maligno		Otros		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H *	M **
Menor de 16 años	5	7	0	3	0	1	1	1	6	12
De 16 a 35 años	9	22	4	4	6	6	12	7	31	39
De 36 a 55 años	71	85	26	13	9	16	15	9	121	123
De 56 a 75 años	143	267	47	44	14	33	11	15	215	359
Mayor de 75 años	97	177	61	54	6	14	5	6	169	251
Total	325	558	138	118	35	70	44	38	542	784

* p<0.0001 Ji cuadrada 77, df 12

** p<0.0001 Ji cuadrada 40, df 12

TABLA 4

Comparación de las frecuencias por tipo de cáncer de piel, topografía y sexo

Topografía	Cárcinoma basocelular		Cárcinoma espinocelular		Melanoma maligno		Otros		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H *	M **
Cara	249	475	83	78	9	18	13	20	354	591
Manos	1	5	12	11	5	11	1	0	19	27
Pies	4	2	2	3	11	23	1	2	18	30
Extremidades	14	13	9	14	2	12	16	7	41	46
Tronco	29	27	11	5	3	3	10	4	53	39
Cabeza y cuello	28	36	15	5	5	3	3	5	51	49
Genitales	0	0	6	2	0	0	0	0	6	2
Total	325	558	138	118	35	70	44	38	542	784

* p<0.0001 Ji cuadrada 225, df 18

** p<0.0001 Ji cuadrada 225, df 18

La variedad en los diagnósticos clínicos se correlaciona con las variantes clínicas y la topografía que presenta el CEC, ya que es el que se localiza en mucosas y anexos. Esto refuerza la importancia de realizar el estudio histopatológico en lesiones que clínicamente se consideren benignas.

El MM fue el tumor más frecuente en los pies. La presencia de melanoma maligno en las extremidades está señalada¹¹ como característica de los negros, mexicanos y asiáticos, a diferencia de los pacientes anglosajones, en los que predomina en tronco y cara, hecho que sirve para estudiar la etiopatogenia de este tumor y explica la topografía diferente en estos grupos étnicos.

Cabe mencionar que los tipos de cáncer que se confundieron clínicamente con mayor frecuencia fueron el CEC y el CBC entre sí, por lo que es de suma importancia tomar en cuenta la caracterización epidemiológica y la presentación clínica de ambos para acertar en el diagnóstico clínico, puesto que éste es básico en la toma de decisiones terapéuticas oportunas, y por lo tanto, para mejorar el pronóstico y la evolución de los pacientes.¹²⁻¹⁴

En nuestro país sólo existe un estudio publicado sobre concordancia clínico patológica del cáncer de piel,⁹ sin embargo, no cuenta con análisis de concordancia *Kappa*, por lo cual no se considera estadísticamente significativo.

Conclusiones

El CBC es el tipo clínico e histológico de cáncer diagnosticado con mayor frecuencia en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, seguido por el CEC y el MM. Al igual que lo reportado en la literatura, el cáncer de piel es más frecuente en el sexo femenino, sin embargo, por tipo de cáncer, en nuestro estudio encontramos que el CEC es más frecuente en el sexo masculino.

Por grupo de edad, el CBC y el MM tuvieron mayor frecuencia en pacientes de 56 a 75 años, mientras que el CEC en mayores de 75 años. Otros diagnósticos de carcinoma presentaron una distribución muy homogénea por grupo de edad, como se describe en la literatura.¹²

Por topografía, se encontró que el carcinoma más frecuente en cara, cabeza/cuello, extremidades y tronco fue el CBC; en manos y genitales, el CEC, y en pies predomina el MM.

La concordancia clínico-patológica en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, de acuerdo con los criterios de Fleiss, es muy buena/perfecta para el CBC y el MM, y adecuada para el CEC, por lo cual se infiere una buena preparación clínica de los médicos que emiten el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, 1^a ed., 2001
2. Arenas R. *Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 2^a ed. McGraw Hill, México, 2003; 502-534
3. Gay C. *Malignant lesions in dermatology, Clinics in Family Practice*. 2003, Vol. 5(3): 54-61
4. Peniche J. *Tumores de la piel*, en: Saúl A, editor. *Lecciones de dermatología*, México, 2000; 539-592
5. Peniche AC. *Carcinoma epidermoide PAC-Dermatología* México: Intersistemas, 2002; 29-38
6. Mohar A. *Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México*. Salud Pública Mex 1997; 39: 253-258
7. Jemal A, Murray T, Samuels A. *CA Cancer. J Clin* 2003; 53: 5-26
8. González S, Gutiérrez RM, Medina A. *El carcinoma epidermoide en el Centro Dermatológico Pascua*. Dermatol Rev Mex; 2003; 47(2): 61-65
9. Calderón Rocher C, Gutiérrez RM, Ramos A et al. *Correlación entre el diagnóstico clínico e histopatológico de las neoplasias más importantes en el servicio de oncología del Centro Dermatológico Pascua*. Dermatología Rev Mex 2003; 47(1): 1-4
10. Saucedo AP, Gutiérrez RM, Medina A. *Cáncer de piel en el Centro Dermatológico Pascua. Estudio epidemiológico de 10 años*. Dermatol Rev Mex 2005; 49: 231-9
11. Kalter DC, Goldberg LH. *Darkly pigmented lesions in dark skinned patients*. J Dermatol Surg Oncol 1984; 10: 876-881
12. Dewberry Ch. *Skin cancer in elderly patient*. Dermatol Clin 2004; 22: 93-96
13. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. *Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up*. Journal of Dermatologic Surgery and Oncology 1989; 15(3): 315-328
14. Committee on Guidelines of Care. *Guidelines of care for cutaneous squamous cell carcinoma*. Task Force on Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. Journal of the American Academy of Dermatology 1993; 28(4): 628-631

Miembros de la nueva

**Mesa Directiva
Sociedad Mexicana de Cirugía
Dermatológica y Oncológica, AC
2007-2008**

PRESIDENTE

- Dra. Rosa María Gutiérrez Vidrio

SECRETARIO

- Dr. Leobardo Velázquez Arenas

PROSECRETARIO

- Dra. Silvia Mora Ruiz

TESORERO

- Dr. Armando Medina Bojórquez

PROTESORERO

- Dra. Sonia Torres González

COMITÉ DE INGRESO

- Dr. Daniel Alcalá Pérez

PROGRAMA CIENTÍFICO

- Dr. Roberto Arenas Guzmán

RELACIONES PÚBLICAS

- Dra. Yvonne Arellano Mendoza

ASESORES

- Dr. León Neuman
- Dr. Jorge Ocampo Candiani
- Dr. José Gerardo Silva-Siwady