Artículos originales

Carcinoma basocelular diagnosticado por dermatoscopia en consulta de dermatología del Hospital Universitario Miguel Enríquez

Basal Cell Carcinoma Diagnosed by Dermoscopy in Dermatology Clinic of the Miguel Enríquez University Hospital

Delia María Gálvez Medina[1] Yurelbis Loida Lobaina Mejías[1] Juliette Massip Nicot[2] Lisbeth Fernández González[3] Carmen Oraida Tenorio Morión[4] Dayné Leyva Duthil[5]

[1] Hospital Universitario Miguel Enríquez, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Hospital Universitario Clínico Quirúrgico General Calixto García, La Habana, La Habana, Cuba
[3] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba
[4] Policlínico Universitario Mario Muñoz Monroy, La Habana, La Habana, Cuba
[5] Dirección Provincial de Salud Pública, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Gálvez-Medina D, Lobaina-Mejías Y, Massip-Nicot J, Fernández-González L, Tenorio-Morión C, Leyva-Duthil D. Carcinoma basocelular diagnosticado por dermatoscopia en consulta de dermatología del Hospital Universitario Miguel Enríquez. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2023 [citado 2026 Nov 7]; 13(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1230

Resumen

Fundamento: el carcinoma basocelular es un tumor maligno muy frecuente en el ser humano. Se considera invasivo de forma local, además de agresivo y destructivo.
Objetivo: mostrar el comportamiento de los pacientes con carcinoma basocelular diagnosticados por dermatoscopia en consulta de dermatología del Hospital Universitario Miguel Enríquez, entre junio de 2020 y mayo de 2021.
Método: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, para mostrar el comportamiento de los pacientes con carcinoma basocelular que asistieron a la consulta de dermatología del Hospital Universitario Miguel Enríquez en el periodo de junio 2020 a mayo 2021. El universo de estudio se conformó por los pacientes mayores de 18 años que presentaron una o varias lesiones presuntivas de carcinoma basocelular menores de 3 cm de diámetro. Se utilizaron las variables: edad, sexo, fototipo de piel, formas clínicas, patrones dermatoscópicos, topografía de la lesión, ocupación relacionada o no con la exposición solar. Se trabajó con frecuencias absolutas, porcentaje, media, desviación estándar, valores máximos y mínimos, la razón, pruebas de ji-cuadrado y t de student, con significación p≤0,05.
Resultados: predominó en ancianos (66,4±14,9 años), en hombres (54,1 %), con fototipo 2 (57,8 %), y en nariz el 33,9 %. La forma nodular fue más frecuente (41,3 %), ocupación expuesta al sol (66,9 %), tamaño promedio de la lesión 1,4 cm. La dermatoscopia mostró predominio de los vasos arborizantes (73,4 %). Por histología se confirmó el 90,8 % de los casos.
Conclusiones: predominaron entre los pacientes los ancianos, con fototipo 2. La forma nodular fue más frecuente, el tamaño promedio de la lesión fue de 1,4 cm. La dermatoscopia mostró predominio de los vasos arborizantes. La dermatoscopía resultó ser una herramienta necesaria para el uso sistemático en dermatología.

Palabras clave: tumor maligno, lesiones cutáneas, dermatología, anciano

Abstract

Foundation: basal cell carcinoma is a very common malignant tumor in humans. It is considered locally invasive, also aggressive and destructive.
Objective: to show the behavior of patients with basal cell carcinoma diagnosed by dermoscopy in dermatology clinic of the Miguel Enríquez University Hospital, between June 2020 and May 2021.
Method: a descriptive, cross-sectional study was carried out to show the behavior of patients with basal cell carcinoma who attended the dermatology consultation at the Miguel Enríquez University Hospital from June 2020 to May 2021. The universe of study was made up of patients older than 18 years who presented one or more presumptive lesions of basal cell carcinoma less than 3 cm in diameter. The variables used were: age, sex, skin phototype, clinical forms, dermoscopic patterns, topography of the lesion, occupation related or not to sun exposure. We worked with absolute frequencies, percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum values, the ratio, chi-square and student's t tests, with significance p≤0.05.
Results: it prevailed in the elderly (66.4±14.9 years), in men (54.1 %), with phototype 2 (57.8 %), and in the nose 33.9 %. The nodular form was more frequent (41.3 %), occupation exposed to the sun (66.9 %), average size of the lesion 1.4 cm. Dermoscopy showed a predominance of arborizing vessels (73.4 %). By histology, 90.8 % of the cases were confirmed.
Conclusions: the elderly prevailed among the patients, with phototype 2. The nodular form was more frequent, the average size of the lesion was 1.4 cm. Dermoscopy showed a predominance of arborizing vessels. Dermoscopy turned out to be a necessary tool for systematic use in dermatology.

Key words: malignant tumor, skin lesions, dermatology, old man

Recibido: 2023-02-01 10:50:07
Aprobado: 2023-08-02 23:17:58

Correspondencia: Delia María Gálvez Medina. Hospital Universitario Miguel Enríquez. La Habana. lisbeth@inhem.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es un tumor maligno muy frecuente en el ser humano. Se considera un cáncer invasivo de forma local, además de agresivo y destructivo que compromete extensas áreas de tejido, cartílago, e incluso los huesos en las formas clínicas más severas, pero con malignidad limitada o con poco riesgo de producir metástasis.[1]

Este cáncer de piel es el más común en los seres humanos, abarca cerca de un tercio del total de las neoplasias. Los datos epidemiológicos señalan que el carcinoma basocelular es el cáncer cutáneo más frecuente, lo que corresponde entre el 70 y el 80 % de todas las neoplasias malignas de la piel.[1]

A nivel mundial la incidencia del carcinoma basocelular cada vez es más frecuente, con un incremento entre el 20 y el 80 % en las últimas décadas. Los hombres suelen tener cifras mayores de CBC que las mujeres. La incidencia se estima en un aproximado de 250 tumores/100.000 personas-año y tiende al aumento con predominio de pacientes de color de piel blanca y que viven en las zonas próximas al Ecuador.[1,2]

La edad promedio es de 50 a 70 años en hombres y de 60 años en mujeres, sin embargo, en la actualidad el carcinoma basocelular se presenta antes de los 40 años por el incremento de la exposición solar. Se observa un incremento desproporcionado en las mujeres jóvenes.[2]

Aunque no se considera una amenaza para la vida de los pacientes, el CBC, representa un serio problema para la salud del individuo enfermo y genera un gran impacto económico en los servicios sanitarios y de días laborables perdidos. La afectación psicológica, que involucra la autoestima del paciente, ya que pueden aparecer en lugares visibles, motiva una pérdida en la calidad de vida de los enfermos y de sus familiares.[2]

La literatura refleja cómo repercute el incremento de los casos en países de Europa, América del Norte y Oceanía. Australia y Nueva Zelanda reportan los valores más altos de incidencia en todo el mundo. Regiones como Arizona y Nuevo México en Estados Unidos tienen tasas similares a las australianas. Canadá muestra que las tasas de incidencia varían entre 100 y 150 por 100 000 habitantes. En Europa aparecen cada año 250000 nuevos casos de epiteliomas.[1,2]

En los últimos 50 años, los países de América Latina y el Caribe, experimentaron cambios demográficos y epidemiológicos, que provocan un aumento absoluto de las personas que padecen la enfermedad. Colombia lo reporta en el primer lugar de incidencia de cáncer, con mortalidad baja, pero morbilidad significativa.[1,2] Cuba en el Anuario Estadístico de Salud del año 2020 reflejó la incidencia de cáncer de piel, para el año 2017, en 6793 hombres y 6071 mujeres, para una tasa bruta de 121,3 casos nuevos por cada 100 000 en el caso hombres y de 107,5 para féminas.[3]

De forma tradicional estos tumores se diagnostican por medio de la clínica y por biopsia con estudio histopatológico de confirmación, pero muchos de ellos en el momento de la exéresis no tienen un diagnóstico clínico bien definido e inclusive se extirpan lesiones que aparentan ser malignas. A simple vista resulta imposible visualizar y distinguir lesiones en fase inicial con característica clínica no clásica y propician enfermedades subdiagnosticadas, diagnósticos tardíos o tumores recurrentes.[4]

Aunque la histopatología constituye la técnica diagnóstica confirmatoria de las lesiones cutáneas, la dermatoscopia es un “puente” que ayuda a acortar la distancia entre la correlación clínica e histológica. La comprensión de esta relación permite la correcta interpretación, estudio y diagnóstico de las lesiones cutáneas.[4]

Está demostrado que la dermatoscopia aumenta la exactitud del diagnóstico del carcinoma basocelular, mejora la precisión diagnóstica y permite diferenciar estos tumores de otros procesos neoplásicos o inflamatorios, e incluso, permite diferenciar de forma fiable entre subtipos histológicos.[4] En la actualidad se describe la eficacia diagnóstica de esta técnica y la consideran como un paso intermedio entre la observación clínica y el estudio histopatológico de una lesión.[2]

A partir de las consideraciones antes mencionadas se realiza este estudio con el objetivo de: caracterizar a los pacientes que recibieron atención en la consulta de dermatología del Hospital Universitario Miguel Enríquez en el periodo de junio del 2020 a mayo del 2021, con el diagnóstico de carcinoma basocelular mediante dermatoscopia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, para mostrar el comportamiento de los pacientes con carcinoma basocelular que asistieron a la consulta de dermatología del Hospital Universitario Miguel Enríquez en el periodo de junio 2020 a mayo 2021. El universo de estudio se conformó por los pacientes mayores de 18 años que presentaron una o varias lesiones presuntivas de CBC, menores a 3 cm de diámetro, que no utilizaron tratamiento citostático previo, criocirugía o radioterapia o que presentaron recidivas; tampoco manifestación de otra patología adjunta que alterara la morfología de las lesiones de CBC, o las lesiones en lugares de difícil acceso. Siempre que aceptaron y firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio. (N=109).

Se utilizaron las variables:

- Edad: (31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80, >80 años).
- Sexo (masculino o femenino).
- Fototipo de piel: según clasificación de Fitzpatrick (1, 2 3, 4, 5, 6).
- Formas clínicas: nodular, superficial, pigmentado, ulcerado, variedad nódulo ulcerativa, morfeiforme, fibroepitelioma de pinkus.
- Patrones dermatoscópicos: vasos arborizantes, áreas en hoja de maple o arce, áreas radiadas o rueda de carro, nidos ovoide grandes azul gris, glóbulos múltiples azul gris, ulceración, otras estructuras.
- Topografía de la lesión: cuello, cuero cabelludo, miembros inferiores, miembros superiores, tronco, cara.
- Ocupación relacionada o no con la exposición solar: sí o no.
- Resultado histopatológico que evidencian carcinoma basocelular: positivo o negativo.

A los pacientes que reunieron los criterios de selección se les solicitó, por escrito, autorización para utilizar la información recopilada en las planillas de recolección de datos y en el formulario hallazgos dermatoscópicos. Con la información acopiada se confeccionó una base de datos en formato Excel de la Microsoft Office versión Windows 10, la que se exportó al sistema SPSS versión 25,0 para su análisis.

Para las variables cualitativas se utilizó las frecuencias absolutas, los porcentajes y la razón, así como, la prueba de significación estadística del ji-cuadrado (valor significativo cuando $p \leq 0,05$). Para las variables cuantitativas se utilizó la media o promedio y la desviación estándar (DE), valores máximos y mínimos, también, la prueba de significación estadística t para igualdad de medias en muestras independientes (valor significativo cuando $p \leq 0,05$).

El estudio se realizó previa autorización por parte de la Comisión de Ética para las investigaciones, del Hospital Universitario Miguel Enríquez. Además de la solicitud del consentimiento informado por parte de los pacientes. La información que se obtuvo durante el desarrollo de la investigación fue almacenada con absoluta reserva, confidencialidad y discreción.

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes se comportó en 66,4±14,9 años. Más del 67 % (n=74) de los pacientes tenían de 61 años en adelante. Predominó el sexo masculino con el 54,1 % (n=59); la edad promedio de los hombres fue de 70,1±14,2 años, mientras la edad promedio de las féminas fue de 62,2±14,8 años, sin embargo, la edad y el sexo no guardan relación estadística de significación (p: 0,107). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edad y sexo

Grupos de edades	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
31-40	2	3,4	5	10,0	7	**6,4**
41-50	3	5,1	5	10,0	**8**	**7,3**
51-60	6	10,2	14	28,0	**20**	**18,3**
61-70	17	28,8	10	20,0	**27**	**24,8**
71-80	19	32,2	13	26,0	**32**	**29,4**
>80 años	12	20,3	3	6,0	**15**	**13,8**
Total	**59**	**100,0**	**50**	**100,0**	**109**	**100,0**
Promedio y DE	70,1±14,2		62,2±14,8		66,4±14,9	

* t de student: -1,632 / 73,3 g/l / p: 0,107

Se evidenció que más del 50 % de los pacientes en estudio tenían el fototipo 2 (n=63) y que predominó en el sexo femenino (66,0 %), seguido del fototipo 3 con un 25,7 % (n=28), en este caso a predominio de los hombres (30,5 %) y en tercer lugar el fototipo 1 con el 9,2 % (n=10) a predominio de hombres (11,9 %). Se constató que la relación entre el sexo y el fototipo no tuvo significación estadística (p: 0,347). (Gráfico 1).

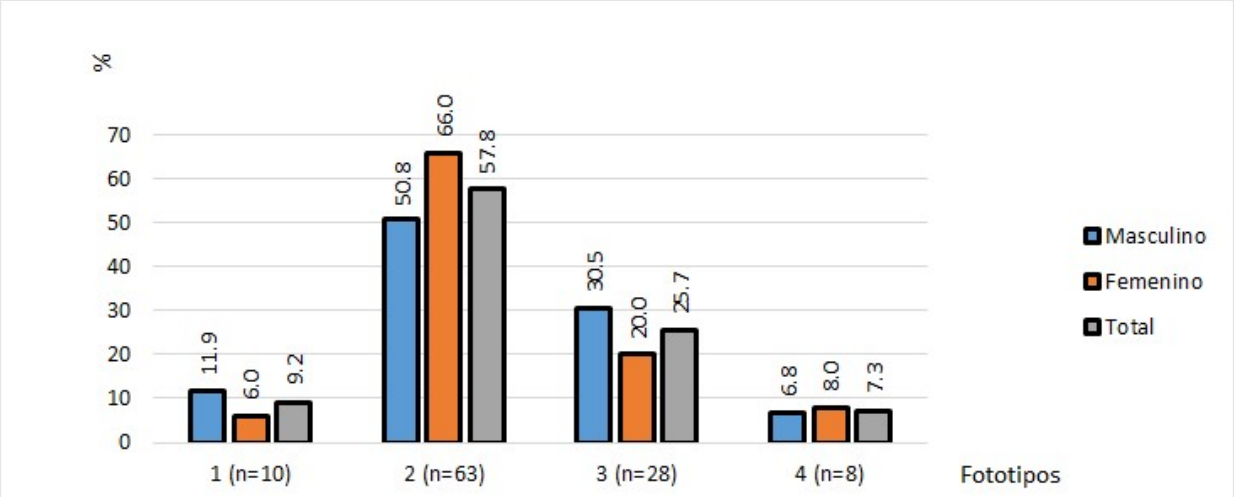


Gráfico 1. Distribución de los pacientes según el fototipo y sexo

Las lesiones en el rostro, en el tronco, miembros superiores y el cuello predominaron en los pacientes con fototipo 2 y acumularon el 55,9 % (n=61) de los casos, mientras, el cuero cabelludo fue similar en el fototipo 2 y 4 y los miembros superiores en el 2 y 3, sin embargo, no se demostró estadísticamente relación significativa entre la localización de la lesión y el fototipo del paciente (p: 0,271). (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según la localización de la lesión y el fototipo

Localización de la lesión	Fototipo							
	1		2		3		4	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Cuello (n=2)	0	0	2	1,8	0	0	0	0,0
Cuero cabelludo (n=2)	0	0	1	0,9	0	0	1	0,9
Miembros inferiores (n=3)	0	0	1	0,9	1	0,9	1	0,9
Miembros superiores (n=5)	0	0	3	2,8	2	1,8	0	0,0
Tronco (n=28)	0	0	19	17,4	8	7,3	1	0,9
Cara (n=69)	10	9,2	37	33,9	17	15,6	5	4,6
Total (n=109)	**10**	**9,2**	**63**	**57,8**	**28**	**25,7**	**8**	**7,3**

* X2: 17,840 / 15 g/l / p: 0,271 Nota: el % es según N=109

Se pudo observar que, de las lesiones localizadas en la cara, el lugar más frecuente fue la nariz con un 33,8 %, le siguieron en orden, las mejillas con el 26,7 % y el 16,9 % en la frente. (Gráfico 2).

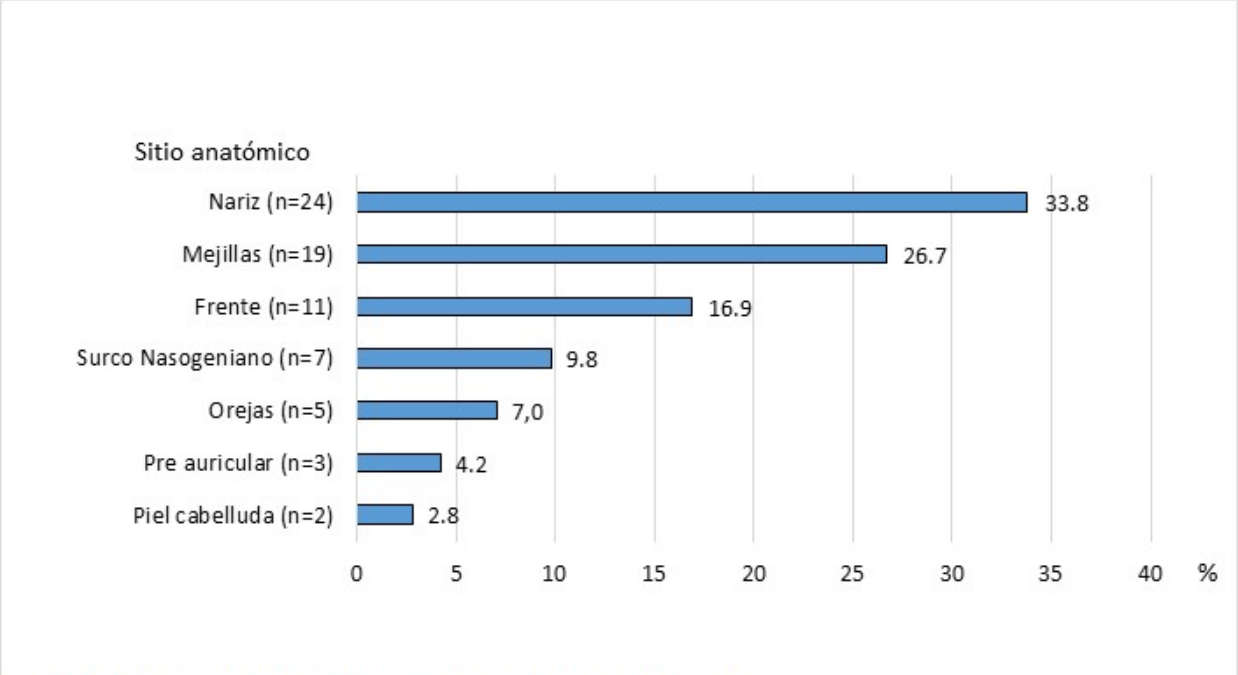


Gráfico 2. Distribución de los pacientes según sitio anatómico afectado de la cabeza

Las lesiones en el rostro fueron las más frecuentes con el 63,3 % (n=69), con predominio de las formas clínicas, nodular, seguida de la pigmentada y en tercer lugar la superficial. En el tronco se presentó en el 25,7 % (n=28) de los pacientes y su mayor presencia estuvo en el nodular, el superficial y el pigmentado, por ese orden. El análisis estadístico de los datos no aportó significación en la relación que pueda establecerse entre la localización de la lesión y

las formas clínicas de la enfermedad (p: 0,760). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes según localización de la lesión y formas clínicas

Localización de la lesión	Formas clínicas						Total (N=109)	%
	Morfeiforme (n=2)	Ulcerado (n=5)	Nodular ulcerativa (n=14)	Superficial (n=20)	Pigmentado (n=23)	Nodular (n=45)		
Cuello	0	0	0	0	1	1	**2**	**1,8**
Cuero cabelludo	0	0	1	0	1	0	**2**	**1,8**
Miembros inferiores	0	0	0	0	0	3	**3**	**2,8**
Miembros superiores	0	0	1	1	1	2	**5**	**4,6**
Tronco	2	1	3	8	6	8	**28**	**25,7**
Cara	0	4	9	11	14	31	**69**	**63,3**
Total	**2**	**5**	**14**	**20**	**23**	**45**	**109**	**100,0**

* X2: 11,746 / 25 g/l / p: 0,760

La ocupación con exposición al sol predominó con un 66,1 % (n=72), para una razón aproximada de dos pacientes expuestos al sol, por cada paciente con ocupación que no se expuso al sol. Predominó la exposición al sol en todas las formas clínicas, excepto en la morfeiforme. Aun así, los análisis estadísticos no muestran una relación significativa entre las formas clínicas y la ocupación con o sin exposición al sol (p: 0,426). (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según las formas clínicas y la ocupación

Formas clínicas	Ocupación			
	Expuestos al sol		No expuestos al sol	
	No	%	No	%
Morfeiforme	0	0,0	2	1,8
Ulcerado	3	2,8	2	1,8
Nodular ulcerado	9	8,3	5	4,6
Superficial	14	12,8	6	5,5
Pigmentado	14	12,8	9	8,3
Nodular	32	29,4	13	11,9
Total	**72**	**66,1**	**37**	**33,9**

* X2: 4,921 / 5 g/l / p: 0,426

En cuanto a la localización de la lesión se evidenció que las lesiones tenían un promedio de 1,4 cm y que variaron entre 0,2 y 2,5 cm. Las lesiones de mayor tamaño promedio se encontraron en los miembros inferiores, seguidas de las de los miembros superiores y tronco.

Mientras el mayor tamaño se presentó en el rostro y miembros superiores. Las lesiones más pequeñas se encontraron a nivel del cuero cabelludo. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los pacientes según localización y tamaño de la lesión

Localización de la lesión	Tamaño de la lesión		
	Tamaño promedio	Mínimo	Máximo
Cuello (n=2)	1,2	1,2	1,2
Cuero cabelludo (n=2)	0,9	0,8	1,1
Miembros inferiores (n=3)	1,6	1,5	1,6
Miembros superiores (n=5)	1,5	1,4	2,5
Tronco (n=28)	1,5	0,5	2,3
Cara (n=69)	1,3	0,2	2,5
Total (n=109)	**1,4**	**0,2**	**2,5**

El patrón dermatoscópico que predominó fue el de los vasos arborizantes en 80 pacientes (73,4 %), en un 56,9 % (n=62) de los casos se observó los múltiples glóbulos azul-grisáceos, la ulceración se apreció en el 43,1 % (n=47), mientras las hojas de arce y los nidos grandes ovoides se presentaron en el 34,9 % de los casos (n=38). (Gráfico 3).

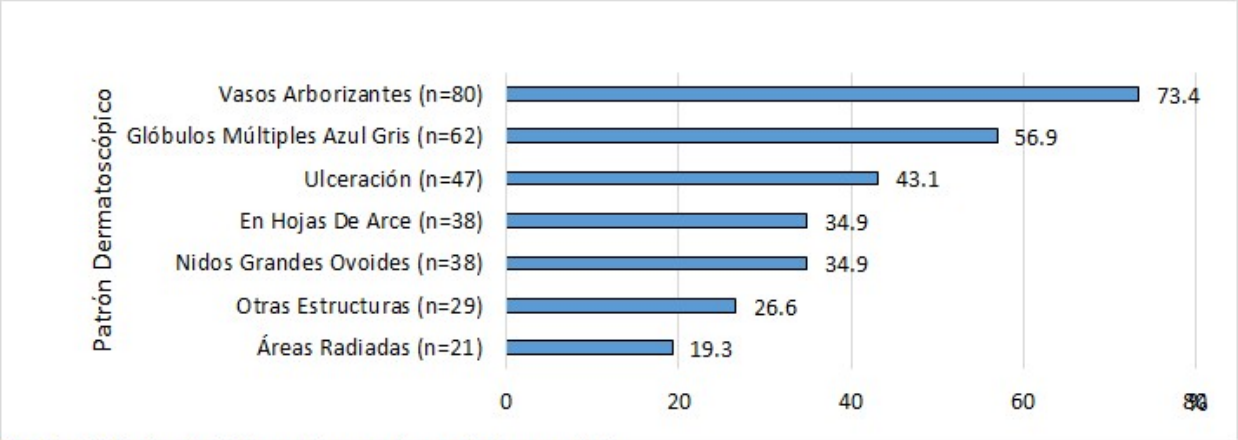


Gráfico 3. Distribución de los pacientes según patrón dermatoscópico

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) representa un problema de salud a nivel mundial. Su incremento es en proporciones epidémicas en los últimos años y constituye el tipo más común de neoplasia maligna. La radiación ultravioleta constituye el factor de riesgo más importante para su desarrollo.[1]

La edad de los pacientes del estudio promedió fue de 66,4±14,9 años. Santiesteban y cols.[1] y Pérez[5] reportan que el mayor número de casos fue en pacientes mayores de 60 años. Esto puede deberse a la acumulación de las radiaciones ultravioletas y a la deficiente protección de la piel, la cual es limitada en cuanto a la reducción de la capa de ozono.

El predominio del sexo masculino, en los

pacientes que recibieron atención en el Hospital Universitario Miguel Enríquez, coincide con los resultados de los estudios de Al Wohaib y cols.[6] Santiesteban y cols.[1] además de Rodríguez y cols.[4] Mientras que otros autores como Alcalá y cols.[7] además de Cubas y cols.[2] plantean en sus estudios predominio de las féminas. Las mujeres presentaron edad promedio inferior a la de los hombres, aun así, los datos no aportaron evidencia para plantear una relación estadística significativa de la edad según el sexo en los pacientes (p=0,107).

Existe un aumento del riesgo de carcinoma basocelular en poblaciones blancas, que se debe a la relación existente entre el fototipo de piel y la vulnerabilidad hacia las radiaciones ultravioletas. Los individuos con fototipos de piel que predominaron en este estudio se correspondieron con los de piel blanca. Más de la mitad de los pacientes presentaban fototipo 2 y uno de cada cuatro era del fototipo 3, aun así, los datos no aportan significación estadística que justifique una relación entre el fototipo de la piel y el sexo en los pacientes que participaron del estudio (p=0,347).

En una jornada de detección de cáncer de piel en Colombia, Flórez y cols.[8] describen que el fototipo cutáneo que predomina fue el 2, le sigue el fototipo 3, lo que guarda similitud con los resultados de este trabajo. Mientras en un estudio que ejecuta Rodríguez,[4] predomina el fototipo 2, le sigue el fototipo 1 y el fototipo 3. En contraste con lo que refiere Castro[9] y Martínez y cols.[10] quienes en sus investigaciones reportan mayor afección en los fototipos 3, 4 y 5.

En relación con la topografía corporal las lesiones se encontraban más frecuente en la cabeza, el mayor porcentaje se centró en el área nasal y las mejillas. Análogos a los hallazgos que se informan en otras publicaciones, como la de Cubas y cols.[2] Martínez y cols.[10] lo cual puede guardar relación con las estructuras sebáceas de la piel expuesta a las radiaciones y la presencia del CBC.

En los estudios de Alcalá y cols.[7] la nariz y las mejillas presentaban la mayor afectación, diferente a lo que encuentra Al Wohaib y cols.[6] donde la topografía más afectada fue el párpado inferior seguida del epicanto medial. En el estudio de Santiesteban y cols.[1] el lugar de la lesión fue más común en la mejilla, la nariz y los labios. Pérez,[5] encontró que los carcinomas basocelulares en cara fueron los más frecuentes, le sigue la localización en la frente.

En un artículo de Castañeda y cols.[11] acerca del cáncer de piel como problema actual, comentan que alrededor del 70 % de los CBC ocurre en la cara y como antecedente etiológico principal está la radiación solar. Esto demuestra que existe mayor daño en las áreas del cuerpo que están en contacto directo con las radiaciones solares, tal como lo describe la literatura, sin embargo, en una investigación de Yang M y cols.[12] la localización del tumor en áreas no expuestas, como el tronco, se afecta en una proporción superior. Se estima que por cada 10 % de disminución de la capa de ozono los casos de cáncer no melanoma aumentarán en cualquier localización del cuerpo con predominio de zonas expuestas a la luz solar.

Así, en una investigación que realiza Pérez,[5] la variante clínica más frecuente es la nodular con resultados similares a los de Castro.[9] En relación a la morfología de la lesión con su localización anatómica, se mostró que las lesiones del rostro más frecuentes en el estudio fueron del tipo nodular, seguida del pigmentado y del superficial y las del tronco fueron más evidentes en la morfología, nodular, superficial y pigmentada, por ese orden, sin embargo, los datos no mostraron relación significativa desde el punto de vista estadístico entre la morfología y la localización anatómica de la lesión (p=0,760).

En el trabajo se tuvo en cuenta la exposición al sol según su actividad laboral. Castro[9] publica que predominan las ocupaciones que se relacionan con la exposición solar intensa, similar con los resultados que se encontraron, donde más de la mitad de los pacientes trabajaban expuestos al sol. Todas las variantes morfológicas fueron más abundantes en labores con exposición al sol, excepto la forma morfeiforme. Los datos no aportaron evidencia para plantear relación de significación entre la ocupación con o sin exposición al sol y la morfología de la lesión (p=0,426).

Mientras en el trabajo de Fernández,[13] fue más frecuente la presencia de CBC en las ocupaciones no expuestas al sol, donde su actividad fundamental eran los quehaceres domésticos, el grupo de los no expuestos predominó sobre el grupo de los expuestos. Esto demuestra que, aunque la exposición a las radiaciones ultravioletas se identifica como el factor de riesgo más importante para su formación, el ambiente, hábito de recreación,

tipos de piel y la herencia también contribuyen a su desarrollo.

El tamaño de las lesiones en los pacientes que se atendieron en la consulta del Hospital Universitario Miguel Enríquez, tenía un promedio de 1,4 cm. La lesión más extensa alcanzó 2,5 cm y la más pequeña, 0,2 cm. De igual manera en el 60 % de los pacientes en estudio por Santiesteban y cols.[1] la lesión siempre fue de 1 a 2 cm.

Como criterio básico para el diagnóstico dermatoscópico del CBC, debe estar ausente el retículo pigmentado, que es un criterio de lesión melanocítica, aunque puede observarse de forma excepcional. De manera general el patrón dermatoscópico que predominó en las formas clínicas fueron los vasos arborizantes, múltiples glóbulos azul-grisáceos, las ulceraciones, hojas de arce, nidos grandes ovoides y otras estructuras. Lo que se relaciona con lo que obtiene en otras investigaciones en las que se observa predominio de los vasos arborescentes y las ulceraciones.

Los resultados coinciden con un estudio realizado en Valencia en el año 2015 por Pitarch,[14] donde observó en las formas clínicas que las estructuras dermatoscópicas más frecuentes son las telangiectasias arboriformes, la ulceración, los múltiples glóbulos azul-grisáceos; en el estudio de Rodríguez y cols.[4] también describen un predominio de los vasos arboriformes.

De la misma manera los signos dermatoscópicos de mayor frecuencia que encontraron Alcalá y cols.[7] en su investigación fueron: telangiectasias y los glóbulos azul-grisáceos. En contraste con un estudio que se realiza en el 2014 por Fernández y cols.[13] las estructuras dermatoscópicas más representadas en los carcinomas basocelulares fueron los múltiples nidos ovoides, los vasos arborescentes, las hojas de arce y la ulceración.

En los pacientes del estudio en el Hospital Universitario Miguel Enríquez, se encontró que no se descarta una relación de significación estadística entre los tipos morfológicos o formas clínicas y algunos de los patrones dermatoscópicos, como pueden ser los vasos arboriformes ($p=0,04$), los glóbulos múltiples glóbulos azul-grisáceos ($p=0,02$), las ulceraciones ($p<0,01$), nidos grandes ovoides ($p=0,04$) y otras estructuras ($p<0,01$).

La dermatoscopia aumenta la exactitud del diagnóstico clínico del CBC. En el 90,8 % de los pacientes el diagnóstico histopatológico arrojó certeza diagnóstica, en contraste con un 9,2 % de los que se muestreó que tenían pruebas de histopatología incompatibles con CBC. La coincidencia encontrada en este estudio con el examen histopatológico es una prueba de la necesidad de la utilización de la dermatoscopía. Su uso va en incremento durante la consulta diaria de los dermatólogos, por las ventajas que ofrece al aumentar la precisión diagnóstica. Sin negar las ventajas mencionadas de la técnica dermatoscópica, no se puede olvidar que el estudio histopatológico de las lesiones es el examen diagnóstico definitivo.[15]

La dermatoscopía resultó ser una herramienta necesaria para el uso sistemático en dermatología. Permitió incrementar la certeza en el diagnóstico presuntivo y direccionar de forma racional los estudios complementarios.

Es importante dar a conocer el resultado de la investigación con el fin de extender el uso de la dermatoscopia en los centros asistenciales, como parte de la utilización de procedimientos en las consultas de dermatología.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Delia María Gálvez Medina, Yurelvis Loida Lobaina Mejías.

2. Curación de datos: Delia María Gálvez Medina, Yurelvis Loida Lobaina Mejías, Juliette Massip Nicot.

3. Análisis formal: Delia María Gálvez Medina, Yurelvis Loida Lobaina Mejías, Juliette Massip Nicot, Lisbeth Fernández González.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con adquisición de fondos.

5. Investigación: Delia María Gálvez Medina, Yurelvis Loida Lobaina Mejías, Juliette Massip Nicot, Lisbeth Fernández González, Carmen Oraida Tenorio Morión, Dayné Leyva Duthil.

6. Metodología: Delia María Gálvez Medina,

Yurelvis Loida Lobaina Mejías, Juliette Massip Nicot, Lisbeth Fernández González, Carmen Oraida Tenorio Morión, Dayné Leyva Duthil.

7. Administración del proyecto: Delia María Gálvez Medina.

8. Recursos: Carmen Oraida Tenorio Morión, Dayné Leyva Duthil.

9. Software: Carmen Oraida Tenorio Morión, Dayné Leyva Duthil.

10. Supervisión: Delia María Gálvez Medina.

11. Validación: Delia María Gálvez Medina.

12. Visualización: Lisbeth Fernández González.

13. Redacción del borrador original: Delia María Gálvez Medina, Yurelvis Loida Lobaina Mejías, Juliette Massip Nicot, Lisbeth Fernández González.

14. Redacción – revisión y edición: Delia María Gálvez Medina, Yurelvis Loida Lobaina Mejías, Juliette Massip Nicot, Lisbeth Fernández González.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santiesteban N, Rosabal AM, Ferrer LC. Caracterización clínica e histopatológica del carcinoma basocelular. Rev Cient Est 2 Dic [revista en Internet]. 2018 [citado 29 Jul 2022];1(1):[aprox. 10p]. Disponible en: https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/6

2. Cubas MP, De la Cruz K. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018 [Internet]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo; 2019 [citado 17 Oct 2022]. Disponible en: https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/4012/BC-TES-TMP-2630.pdf

3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021 [citado 29 Ago 2022]. Disponible en: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-ElectrónicoEspañol-2020-ed-2021.pdf

4. Rodríguez L, Sotolongo D, Barrios MC. Evaluación de la eficacia de la dermatoscopía para el diagnóstico del carcinoma basocelular. Acta Méd Centro [revista en Internet]. 2020 [citado 20 Jul 2022];14(2):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2020/mec202b.pdf

5. Pérez RA, Mejía UP, Mejía AR. Patrones histológicos y características histopatológicas del carcinoma basocelular en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Rev Méd Basadrina [revista en Internet]. 2019 [citado 2 Feb 2022];13(2):[aprox. 12p]. Disponible en: https://www.revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/download/882/948

6. Al Wohaib M, Al Ahmadi R, Al Essa D, Maktabbi A, Khandekar R, Al Sharif E, et al. Characteristics and Factors Related to Eyelid Basal Cell Carcinoma in Saudi Arabia. Middle East Afr J Ophthalmol. 2018;25(2):96-102

7. Alcalá D, Medina A, Torres S, Navarrete G, Ramos A, Peralta ML, et al. Correlación clínica, histológica y dermatoscópica del carcinoma basocelular. Rev Cent Dermatol Pascua [revista en Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2022];22(1):[aprox. 14p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2013/cd131a.pdf

8. Florez I, Bertel D, Correa LA, Velásquez MM. Reporte de la experiencia de la Sección de Dermatología de la Universidad de Antioquia en la quinta jornada de detección de cáncer de piel, Asocolderma 2016. Iatreia [revista en Internet]. 2018 [citado 5 Abr 2022];31(4):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/1805/Resumenes/Resumen_180557542003_1.pdf

9. Verdugo PN, Muñoz VF, Gaxiola EA. Estudio clínico e histopatológico de carcinoma basocelular en individuos menores de 40 años. Rev Med UAS. 2019;9(4):114-21

10. Martínez EC, Sánchez ME, Medina A, Torres S, Alcalá D. Cáncer de piel en pacientes menores de 40 años. Rev Mex Dermatol [revista en Internet]. 2017 [citado 12 Nov 2022];61(1):[aprox. 6p]. Disponible en: https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/cancer-de-piel-en-pacientes-menores-de-40-anos/

11. Castañeda P, Eljure J. El cáncer de piel, un problema actual. Rev Fac Med [revista en Internet]. 2016 [citado 30 Mar 2022];59(2):[aprox. 9p]. Disponible en:

https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un162b.pdf

12. Yang MY, Kim JM, Kim GW, Mun JH, Song M, Ko HC, et al. The clinical and histopathological characteristics of early-onset basal cell carcinoma in Asians. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(1):75-80

13. Fernández M. Cabrera M, García R. Precisión del diagnóstico dermatoscópico para el carcinoma basocelular en el Servicio de Dermatología. Policlínico Colón-Este. 2012. Gac Méd Espirit [revista en Internet]. 2014 [citado 27 Jun 2022];16(3):[aprox. 12p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212014000300008&lng=es

14. Pitarch G, Botella R. Dermatoscopia del carcinoma basocelular: diagnóstico precoz, detección de recidiva e identificación de subtipos histológicos [Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; 2015 [citado 20 Sep 2022]. Disponible en: https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/50862/tesi doctoral_Gerard Pitarch Bort.pdf

15. Roque L, Marrero BR. A propósito del artículo "Utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico del cáncer de piel no melanoma". Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2020 [citado 29 May 2022];45(2):[aprox. 7p]. Disponible en: https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2130