

Cáncer de Piel: Perfil Epidemiológico de un Centro de Referencia en Colombia 2003-2005

Skin cancer: a Colombian reference centre's epidemiological profile 2003-2005

John Nova-Villanueva, Guillermo Sánchez-Vanegas y Luisa Porras de Quintana

Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. epidemiologia@dermatologia.gov.co.

Recibido 14 Febrero 2007/Enviado para Modificación 17 Octubre 2007/Aceptado 25 Octubre 2007

RESUMEN

Con el objetivo de conocer el perfil epidemiológico y estimar la incidencia por tipo tumoral de cáncer de piel, entre los años 2003-2005, en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá Colombia, se identificaron los casos nuevos de patología tumoral maligna diagnosticados en este período. Se registraron 168 659 diagnósticos confirmados nuevos, de los cuales 2 184 correspondieron a tumores malignos de piel. El carcinoma basocelular presentó un aumento de 4 por 1 000 en el 2003, a 11 por 1 000 en el 2005. Los pacientes con carcinoma escamocelular pasaron de 1 caso por 1 000 en el 2003, a 3 casos por 1 000 en el 2005. Los casos de melanoma pasaron de 2,7 por 10 000 en el 2003, a 13 por 10 000 en el 2005.

Palabras Clave: Neoplasias cutáneas, carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, melanoma (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Skin cancer cases were identified from 2003-2005 to ascertain the epidemiological profile and incidence of skin cancer at the Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta-Colombia. 168 659 confirmed diagnoses were registered between 2003 and 2005, 2 184 corresponding to skin cancer. Basal cell carcinoma increased from 4 per 1 000 in 2003 to 11 per 1 000 in 2005. Patients suffering from squamous cell carcinoma increased from 1 per 1 000 in 2003 to 3 per 1 000 in 2005. Cases of melanoma increased from 2,7 per 10 000 in 2003 to 13 per 10 000 in 2005.

Key Words: Skin neoplasm, carcinoma-basal cell, carcinoma-squamous cell, melanoma (*MeSH, NLM*).

El cáncer de piel ha mostrado un incremento paulatino a nivel mundial y en poblaciones blancas es la enfermedad maligna más común (1). En los Estados Unidos estas neoplasias aportan cerca de la mitad de todos los casos de cáncer. Aproximadamente el 80 % de los carcinomas de piel no melanoma corresponden a carcinoma basocelular (CBC) y 20 % a carcinoma escamocelular (CEC) (2,3), razón por la cual en el año 2004 se catalogó en los Estados Unidos al cáncer de piel como el número 8 en las prioridades de salud para esta década y en términos de costos para Medicare fue catalogado en el quinto lugar entre todos los tipos de cáncer generando costos superiores a los US \$ 426 millones por año (4).

El carcinoma escamocelular ha mostrado un incremento creciente durante las pasadas dos décadas. De acuerdo a un estudio longitudinal realizado en los Estados Unidos y Canadá la incidencia ajustada por edad creció un 200 % en los pasados 30 años y en la actualidad corresponde a 100 a 150 casos por 100 000 personas por año y entre personas mayores de 75 años esta incidencia es aproximadamente 10 veces superior (3).

Otro tumor de piel que cobra importancia por su mortalidad es el melanoma, se ha reportado un incremento del 600 % en el diagnóstico de melanoma cutáneo desde 1950 hasta el 2000. Para el año 2005 en los Estados Unidos, el número estimado de casos diagnosticados con melanoma cutáneo fue de 59 580 y de estos 7 700 podrían morir por esta enfermedad (5).

El Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC) en el 2005, publicó su Anuario estadístico 2004, en el cual se registraron 6 039 casos nuevos de cáncer, de los cuales el 15 % corresponden a casos de cáncer de piel (906 casos) (6).

El objetivo de este estudio fue definir el perfil epidemiológico y la incidencia por tipo tumoral de cáncer de piel entre los años 2003 - 2005 en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, basado en los registros del Sistema de Información Integral (SII) del CDFLLA. Fue revisada la información de los años 2003 al 2005, con el fin de establecer el número de diagnósticos nuevos correspondientes a patología tumoral maligna.

Se realizaron análisis descriptivos utilizando medidas de tendencia central, dispersión y proporciones para la variable edad, asociada con tipo tumoral y sexo. Los datos de tasa de incidencia fueron obtenidos a partir del número de diagnósticos nuevos por año utilizando como denominador 1 000 diagnósticos confirmados nuevos por año. Para el caso de melanoma y linfomas, las tasas fueron calculadas utilizando como denominador 10 000 diagnósticos confirmados nuevos por año.

RESULTADOS

Durante los años 2003 a 2005, se registraron en el CDFLLA un total de 168 659 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo, de los cuales 2 184 correspondieron a casos de patología tumoral maligna de piel para este período. El volumen total de pacientes con diagnóstico de cáncer ha tenido un incremento de 6 casos de cáncer de piel por 1 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2003, a 17 casos por 1 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2005.

El carcinoma basocelular es responsable de más del 60 % de todos los tipos de cáncer de piel y su comportamiento es estable en el tiempo, de igual forma el carcinoma escamocelular, siempre conserva su segundo lugar en frecuencia con un porcentaje que oscila alrededor del 20 % del total de los casos.

El promedio de edad de los pacientes con patología tumoral maligna de piel fue de 64 años y osciló entre los 10 a los 105 años. Los pacientes con diagnóstico de linfoma se localizaron en todos los grupos de edad, el carcinoma basocelular y escamocelular se concentraron alrededor de los 65 y 70 años respectivamente (Tabla 1).

Los casos de CBC pasaron de 4 casos por 1 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2003, a 11 casos por 1 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2005 (Tabla 2). El tipo más frecuente fue el CBC Nodular, comportamiento que se mantuvo estable durante los tres años evaluados, con un porcentaje del total de casos de 54% en el 2003, 50% en el 2004 y 56% en el 2005.

El CEC es el segundo tipo tumoral en frecuencia e importancia en la Institución, con tasas que se han incrementado de 1 caso por 1 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2003, a 3 casos por 1 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2005 (Tabla 2).

Un total de 137 melanomas fueron diagnosticados en este periodo, con un incremento de 2,7 casos por 10 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2003, a 13 casos por 10 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo por año, en el 2005 (Tabla 3).

Las micosis fungoides correspondieron al 80% de los casos de linfomas diagnosticados en este periodo. La tasa estimada de pacientes con diagnóstico de linfomas, atendidos en este periodo en el Centro mostró marcada variabilidad pasando de 6,1 casos por 10 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo en el 2003, a 13,6 casos por 10 000 pacientes con diagnóstico confirmado nuevo en el 2004 (Tabla 3).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos por edad, tipo tumoral y distribución por sexos CDFLLA. 2003-2005

Tipo tumoral	Edades extremas (años)	Media (años)	Mediana (años)	D.S. ^c (años)	Percentil 25-75 % ^d	Sexo	
						Hombre %	Mujer %
CBC ^a	22-96	65	66	14	55-76	38	62
CEC ^b	27-99	70	72	14	61-79	42	58
Melanoma	22-95	62	64	17	54-75	52	48
Linfoma	10-105	45	43	22	27-60	50	50

a: Carcinoma basocelular; b: Carcinoma escamocelular; c: Desviación estándar. d: En este rango se encuentra el 50% de la población.

Tabla 2. Número de casos de carcinoma basocelular y escamocelular por mil diagnósticos confirmados primera vez por año. CDFLLA. 2003-2005

AÑO	Diagnósticos confirmados primera vez por año	CBC ^a		CEC ^b	
		Total CBC por año	Tasa por 1 000	Total CEC por año	Tasa por 1 000
2003	55 913	224	4	75	1
2004	54 323	527	10	167	3
2005	58 423	661	11	191	3

a: Carcinoma basocelular; b: Carcinoma escamocelular.

Tabla 3. Número de casos de melanoma y linfoma por 10 mil diagnósticos confirmados primera vez por año. CDFLLA. 2003-2005

AÑO	Diagnósticos primera vez por año	Melanoma		Linfoma	
		Melanomas por año	Tasa por 10 000	Linfomas por año	Tasa por 10 000
2003	55 913	15	2,7	34	6,1
2004	54 323	46	8,5	77	13,6
2005	58 423	76	13	51	8,7

DISCUSIÓN

En Colombia no se conocen datos de incidencia del cáncer de piel, sin embargo la información obtenida en este estudio, permite conocer el comportamiento del fenómeno en el centro de referencia en dermatología más grande del país, lo que permite dar una primera aproximación a la magnitud del problema en nuestra población.

En el CDFLLA, al igual que en el resto del mundo el CBC constituye el cáncer de piel más frecuente (2), responsable del 63 % al 66 % del total de tumores de piel diagnosticados y con incidencia creciente de 4 por 1 000 en el 2003, a 11 por 1 000 en el 2005. En el INC en el 2004 el CBC correspondió al 48,8 % de todas las neoplasias cutáneas (6). En algunos países como Estados Unidos la tasa de incidencia anual es de 233 por 100 000 personas año entre población blanca y en Holanda la incidencia para hombres es de 93 casos por 100 000 habitantes y de 82 casos por 100 000 entre las mujeres, este dato de incidencia se ve dramáticamente aumentado cuando la edad supera los 70 años llegando a 522 y 340 por 100 000 habitantes por año, para hombres y mujeres respectivamente (1). A diferencia de lo reportado en la literatura (1,2), en este estudio se encontró un predominio de mujeres (62 % de todos los casos con CBC), estos datos pueden ser extrapolados solo a la población que consulta al CDFLLA, y deben ser confirmados con estudios en otros centros y poblaciones del país.

Las estadísticas del INC correspondientes al 2004 muestran que el total de casos de CEC corresponden al 23 % del total de tumores de piel atendidos en esa Institución, similar a los hallazgos de nuestro Centro con un 20% de casos. En el resto del mundo el comportamiento del CEC presenta tasas elevadas, pero inferiores a las de CBC; en el Reino Unido la tasa estandarizada de CEC por edad en 1998 fue de 25,2 y de 8,6 por 100 000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente (3). En Nambour-Australia la tasa fue de 1 035 y 472 por 100 000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente conservando la tasa más alta a nivel mundial (5). En el CDFLLA, el 58 % de los casos de CEC correspondían a mujeres, datos que difieren de lo reportado mundialmente. Este comportamiento atípico puede estar asociado con la distribución por grupos de edad que consultan al CDFLLA, donde se identificó que el volumen de consulta en el grupo de edad de 50 a 75 años entre las mujeres es aproximadamente el doble comparativamente con el volumen de consulta entre los hombres en este grupo de edad.

En los datos analizados en el presente trabajo, se observó un incremento importante en la incidencia de melanoma maligno, pasando de 2,7 casos por 10 000 en el 2003, a 13 casos por 10 000 en el 2005. Este aumento ha sido reportado mundialmente (5). En el INC el melanoma corresponde al 16 % del total de la patología tumoral maligna de piel (148 casos nuevos en el año 2004), mientras que en el CDFLLA corresponde al 5,5 % del total de casos en el mismo año y al 7.6 % del total de casos en el 2005. Estos hallazgos pueden ser el resultado de los diferentes grados de complejidad que manejan las dos instituciones y el importante número de pacientes que fueron remitidos por el CDFLLA al INC (De los 137 casos diagnosticados en el CDFLLA en el periodo del 2003 al 2005, 49 fueron remitidos para continuar tratamiento en el INC).

Excluyendo los linfomas cutáneos, la incidencia de neoplasias es creciente en todos los tipos tumorales. El aumento en los casos de CEC (300 %) y melanoma (de 2,8 a 13 casos por 10 000 por año) son especialmente importantes por las implicaciones que tienen en calidad de vida, pronóstico y tratamiento. Este aumento ha sido evidenciado en otros países latinoamericanos (7), sin embargo los factores de riesgo han sido estudiados en poblaciones diferentes a la nuestra (Europa, Estados Unidos y Australia). En países con latitud ecuatorial no se han desarrollado estudios que permitan conocer el comportamiento del fenómeno en nuestro medio, que puede estar influenciado entre otros por la mezcla racial, la diferente sensibilidad cutánea al sol, la presencia de pisos térmicos y la presencia de exposición solar durante todo el año. Por último las condiciones socioeconómicas de nuestros países requieren priorizar las políticas de salud pública basadas en los riesgos reales de nuestra población, con el objetivo de evaluar la necesidad de campañas de promoción y prevención en el tema, a la luz de resultados de investigación obtenidos con nuestros pacientes♣

REFERENCIAS

1. Gallagher RP. Sunscreens in melanoma and skin cancer prevention. *CMAJ*. 2005; 173(3):244-245.
2. Rubin A, Chen E, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2005; 353: 2262-2269.
3. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2001; 344: 975-983.
4. Ramos J, Villa J, Ruiz A, Armstrong R, Matta J. UV dose determines key characteristics of nonmelanoma skin cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13(12):2006-2001.
5. Homsí J, Kashani-Sabet M, Messing JL, Daud A. Cutaneous melanoma: prognostic factors. *Cancer Control*. 2005;12(4):223-229.

6. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario Estadístico 2004. Bogotá. Medilegis; 2005. p 27-28.
7. Sada J, Trejo M, Bermúdez F. Cáncer de piel en Tamaulipas. Rev Inst Nal Cancerol (Mex), 1999; 45: 2: 83-86.