

Comportamiento del carcinoma espinocelular en Pinar del Río

Behaviour of Squamous Cell Carcinoma in Pinar del Río Province

Grecia María Giniebra Marín^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2179-4482>

Roxana Rivera Rivadulla¹ <https://orcid.org/0000-0002-4545-2233>

Yaima Gorrín Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0003-4685-6472>

¹Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. Pinar del Río, Cuba.

*Autor para la correspondencia: greciam@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El carcinoma espinocelular es un tumor maligno derivado de los queratinocitos epidérmicos, con potencial metastásico. Su incidencia va en aumento tanto a nivel mundial como en Cuba.

Objetivo: Caracterizar el comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con carcinoma espinocelular.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, en pacientes con diagnóstico clínico e histológico de carcinoma espinocelular, en los hospitales León Cuervo Rubio y Abel Santamaría Cuadrado de la provincia Pinar del Río, durante el período de enero 2019 a diciembre 2020. El universo estuvo integrado por 1817 pacientes, y la muestra por 453 pacientes. Se estudiaron las variables edad, sexo, color de piel, formas clínicas, localización y grado de diferenciación del tumor. Para la obtención de la información se utilizó la revisión de informes de biopsias y reportes de cáncer.

Resultados: El 45,91 % de los pacientes eran mayores de 60 años, y el 60,70 % pertenecían al sexo masculino y, 417 tenían color de piel blanca. La forma clínica más frecuente fue la ulcerada con 109 casos, la principal localización del tumor fue en cabeza y cuello con 108 pacientes y, el 57,17 % tuvo un tumor bien diferenciado.

Conclusiones: No se encontraron diferencias en cuanto a la epidemiología, clínica, e histología, con respecto a lo reportado en la literatura.

Palabras clave: queratinocitos; espinocelular; tumor; carcinoma; diferenciación.

ABSTRACT

Introduction: Squamous cell carcinoma is a malignant tumor derived from epidermal kartinocytes, with metastatic potential. Its incidence is increasing both globally and in Cuba.

Objective: To characterize the clinical and epidemiological behavior of patients with squamous cell carcinoma.

Methods: A descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out in patients with clinical and histological diagnosis of squamous cell carcinoma in the hospitals of León Cuervo Rubio and Abel Santamaría Cuadrado áreas in the province of Pinar del Río, during the period from January 2019 to December 2020. The universe consisted of 1817 patients, and the sample of 453 patients. The variables age, sex, skin color, clinical forms location and degree of tumor differentiation were studied. Biopsy reports and cancer reports were used to obtain the information.

Results: 45.91% of patients were over 60 years old, 60.70% were male and 417 had white skin. The most frequent clinical form was ulceration with 109 cases, the main tumor location was in the head and neck with 108 patients and 57.17% had a well-differentiated tumor.

Conclusions: No differences were found in terms of epidemiology, clinical data, and histology, compared to what was reported in the literature.

Keywords: keratinocytes; spindle cell; tumor; carcinoma; differentiation.

Recibido: 18/07/2022

Aceptado: 20/09/2022

Introducción

El carcinoma espinocelular de piel (CEC) constituye el 10–20 % de todas las neoplasias malignas cutáneas y es el segundo cáncer cutáneo en frecuencia después del carcinoma basocelular (CBC). El origen celular es el queratinocito epidérmico, que sufre una transformación maligna debido a las mutaciones inducidas por la radiación ultravioleta. Suele ser muy frecuente en las personas de piel clara, y afortunadamente tiene una tasa de curación mayor del 95 % si se detecta y trata precozmente. La patogenia del carcinoma espinocelular se relaciona de forma constante con la radiación ultravioleta, pero puede tener diferentes formas de presentación clínica e histológica.^(1,2)

En el mundo se registran anualmente de dos a tres millones de casos de cáncer de piel no melanoma y 160 000 casos de melanoma maligno. Una de cada seis personas padecerá una neoplasia cutánea maligna a lo largo de su vida. En la población general el carcinoma basocelular es más frecuente que el carcinoma espinocelular con una relación de 4:1. Sin embargo, debido a su mayor tendencia a recurrir y metastizar, el CEC ocasiona la mayoría de las muertes debidas a cáncer de piel no melanoma.^(1,3)

La incidencia varía según área geográfica y las mayores incidencias se observan en las áreas de mayor exposición solar, como los países cercanos al Ecuador. Se ha

informado que en Australia la incidencia de CEC en varones es de 1035/100 000 y en mujeres es de 72/100 000 habitantes. Estas tasas son mayores que las observadas en zonas alejadas del Ecuador.⁽⁴⁾

El carcinoma espinocelular afecta sobre todo a varones blancos de edad avanzada, y su incidencia aumenta de forma marcada después de los 40 años de edad. Los hombres se afectan con una frecuencia dos y tres veces mayor que las mujeres. Estas diferencias en los distintos géneros se pueden explicar por las profesiones al aire libre, la utilización de ropa menos protectora y una mayor acumulación de exposición a la radiación ultravioleta a lo largo de la vida. Estimar la incidencia del CEC es difícil puesto que la mayoría de los registros sanitarios no incluyen el cáncer de piel no melanoma en sus bases de datos. En los países más afectados se han publicado diferentes cifras, la mayor incidencia se encuentra en Australia, donde se cumplen los dos requisitos necesarios para que aparezca este tumor: una intensa exposición a la radiación ultravioleta y una población dominante (92 %) de piel clara y de origen caucásico.⁽⁴⁾

Lo más preocupante de la tasa del carcinoma espinocelular es su continuo aumento, lo que ha hecho que su incidencia se duplique en los últimos 40 años. Una vez que se ha padecido un carcinoma epidermoide, el riesgo acumulado a los tres años de desarrollar otro CEC es de 18,6 %. Llama la atención que, si se ha padecido un carcinoma basocelular, el riesgo de volverlo a padecer a los tres años es significativamente menor del 6 %.⁽⁵⁾

Las razones por las que la incidencia del CEC ha ido en aumento en todo el mundo son numerosas. La mejora del estilo de vida en los países industrializados ha permitido que se dedique más tiempo a realizar actividades al aire libre, y por tanto haya una mayor exposición a la radiación ultravioleta. También la mayor conciencia pública de los signos de alarma del cáncer de piel y la exploración más frecuente han conseguido una detección más frecuente y precoz de los carcinomas espinocelulares.⁽³⁾

Debido a la alta incidencia del cáncer de piel se propuso como objetivo caracterizar el comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con carcinoma espinocelular. Esto permitirá educar a la población sobre esta enfermedad y tomar

las medidas de fotoprotección desde la infancia, ya que es sumamente importante realizar el diagnóstico precoz de las lesiones premalignas.

Métodos

Se realizó una investigación descriptiva, de corte longitudinal y retrospectiva en pacientes con diagnóstico clínico e histológico de carcinoma espinocelular en los hospitales León Cuervo Rubio y Abel Santamaría Cuadrado, de la provincia Pinar del Río, durante el período de enero de 2019 a diciembre 2020. El universo estuvo constituido por 1817 pacientes, que representaron la totalidad de pacientes diagnosticados con cáncer de piel por medio de los informes histopatológicos de los departamentos de Anatomía Patológica de ambos hospitales en el período estudiado.

La muestra estuvo conformada por 453 pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma espinocelular en dichas instituciones. Se utilizó un muestreo intencional por criterios.

Se estableció como criterio de exclusión a los pacientes que presentaron resultados de biopsias neoplásicas de tipo melanocíticas, carcinoma basal, lesiones melanocíticas benignas, o informes incompletos.

Toda la información obtenida se registró en una base de datos creada en el sistema Excel. Los datos fueron procesados por el sistema estadístico Epiinfo, y se utilizó para ello el análisis e interpretación de los resultados a través de los métodos de la estadística descriptiva en muestras paramétricas con media porcentual en las variables cualitativas.

Los resultados quedaron reflejados en forma de tablas.

Resultados

En el estudio predominaron los pacientes con edades de 60 años y más, para un total de 208, que representaron el 45,91 %, seguido por el grupo de 50-59

años, con un total de 169 pacientes (37,30 %). En cuanto al sexo, se encontró un predominio de hombres, con 275 pacientes (60,70 %) (tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupo de edades (años)	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
20-29	1	0,22	5	1,10	6	1,32
30-39	6	1,32	12	2,64	18	3,97
40-49	20	4,41	32	7,06	52	11,47
50-59	59	13,02	110	24,28	169	37,30
60 y más	92	20,30	116	25,60	208	45,91
Total	178	39,29	275	60,70	453	100

La distribución de pacientes con carcinoma espinocelular cutáneo según el color de la piel se muestra en la tabla 2, en la cual se puede apreciar el predominio del color de piel blanca en el 92,05 %.

Tabla 2 - Distribución de pacientes según color de la piel

Color de la piel	n	%
Blanca	417	92,05
Negra	36	7,94
Total	453	100

Con respecto a las formas clínicas de la enfermedad, en 109 pacientes predominó la forma ulcerada, los cuales representaron el 24,06 %, seguido de las formas de extensión superficial y nodular con 21,19 % y 20,08 %, respectivamente (tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de la muestra según formas clínicas

Formas clínicas	n	%
Extensión superficial	96	21,19
Nodular queratósico	91	20,08
Ulcerado	109	24,06
Vegetante	82	18,10
Epiteliomatosis múltiple	75	16,55
Total	453	100

En la siguiente tabla se muestra la distribución porcentual de pacientes con diagnóstico de CEC según topografía del tumor, y se observa que la región mayor representada fue cabeza y cuello en 108 pacientes (23,84 %), seguida de las extremidades en 102 pacientes (22,51 %). La menor incidencia durante el estudio se apreció en las mucosas en 59 pacientes (13,02 %) (tabla 4).

Tabla 4 - Distribución de la muestra según localización del tumor

Localización	n	%
Cabeza y cuello	108	23,84
Mucosas	59	13,02
Tronco	99	21,85
Extremidades	102	22,51
Sobre cicatrices	85	18,76
Total	453	100

El grado de diferenciación histológica se puede apreciar en la siguiente tabla. El diagnóstico patológico más frecuente fue el carcinoma espinocelular bien diferenciado en 259 casos (57,17 %), seguido del carcinoma epidermoide, moderadamente diferenciado en 98 casos (21,63 %) (tabla 5).

Tabla 5 - Distribución de la muestra según tipos histológicos

Tipos histológicos	n	%
Bien diferenciado	259	57,17
Moderadamente diferenciado	98	21,63
Poco diferenciado	63	13,90
No determinado	33	7,28

Discusión

En predominio del sexo masculino en el estudio coincide con la literatura revisada que reporta también su relación directa con una mayor exposición y actividad crónica al sol en los hombres.⁽⁵⁾ En cuanto a la edad, los resultados también coinciden con otros estudios. Se plantea una firme asociación de la enfermedad con el aumento de la longevidad, y se reporta en la actualidad un incremento marcado de su incidencia después de los 40 años de edad.^(5,6)

Hay que destacar que la incidencia del carcinoma espinocelular en el sexo femenino también es creciente, probablemente debido, entre otros factores, a la incorporación de la mujer a profesiones clásicamente reservadas a los varones. Sin embargo, es de enfatizar que el cabello largo, y el uso de lápiz labial pueden explicar la menor frecuencia de CEC en las orejas y los labios de las mujeres.⁽⁷⁾

En su investigación *Sánchez y Nova*,⁽⁴⁾ encontraron que el mayor número de enfermos con cáncer cutáneo estaban en edades comprendidas entre 60 y 80 años, lo que obedecía a la exposición solar crónica a través de los años y al envejecimiento cronológico que facilita la aparición de la malignidad.⁽⁴⁾

En un estudio llevado a cabo en Reino Unido se registró que el 80 % de los pacientes de raza blanca tenían mayor tendencia a desarrollar lesiones precancerosas de la piel.⁽⁵⁾ En la presente investigación predominó el cáncer cutáneo de tipo CEC en pacientes de piel blanca. En la literatura se reporta que la capacidad que tiene la piel para defenderse de los efectos de la radiación solar mediante la pigmentación cutánea, explica por qué hay una menor incidencia de los tumores en los pacientes de piel negra. Esto significa una

relación inversa entre la pigmentación de la piel y la incidencia del CEC por el efecto protector de la melanina, aún en los climas tropicales. Las personas de piel blanca, debido a su relativa incapacidad para broncearse, son especialmente vulnerables.^(8,9)

Actualmente, el riesgo de CEC en el transcurso de la vida en los sujetos de piel blanca es alrededor del 15 %, casi el doble que dos décadas atrás. Se ha encontrado que variantes genéticas del receptor M1CR, involucrado en la melanogénesis que codifica el receptor de melanocortina 1 es un determinante importante de la pigmentación de la piel y el color del cabello, el cual es muy polimorfo, con más de 20 variantes descritas. Este se asocia con mayor riesgo de CEC y es independiente al color de la piel y al color del cabello. Según lo anterior, una explicación genética molecular y de factores fenotípicos evidencia la asociación entre carcinoma epidermoide, piel blanca y cabello rubio o rojo.^(10,11)

En los pacientes de piel negra se presenta con menor incidencia, ya que se considera que la alta cantidad de melanina tiene un efecto protector en la aparición del carcinoma espinocelular, no así en el pronóstico una vez que se presenta la enfermedad, ya que se ha observado una tendencia al desarrollo de lesiones en ubicaciones atípicas (protegidas del sol), de tipo distal (acral), subungueal y en mucosas. Este tipo de presentación poco evidente hace que el diagnóstico sea más tardío y con mayores complicaciones.^(12,13)

En relación con las formas clínicas del CEC, los resultados del presente trabajo coinciden con estudios realizados a nivel internacional, en los que la forma ulcerada fue la más frecuente.⁽⁸⁾ Sin embargo, *Kallini* y otros⁽¹³⁾ en su investigación encontraron como forma clínica predominante la vegetante, en la cual los pacientes presentaban lesiones muy queratósicas, con aspecto de coliflor y exofíticas por el retardo de acudir con prontitud a las instalaciones de salud.⁽¹³⁾

Las lesiones de la cabeza estuvieron localizadas principalmente en cara, cuero cabelludo, mejillas y labio inferior, todas relacionadas con piel dañada por el sol. La presencia de telangiectasias, lesiones premalignas como queratosis

actínicas, hábito de fumar y alcoholismo de larga data, así como lesiones de queilitis actínicas, las de localización en labio inferior, y las lesiones en el cuello prevalecieron en regiones laterales del mismo y retro auriculares. Como se puede apreciar las localizaciones más frecuentes fueron las zonas fotoexpuestas del cuerpo, lo que coincide con lo reportado por *Domínguez-Cherit* y otros.⁽¹⁴⁾

Los CEC de tronco y extremidades están asociados con la exposición a rayos ultravioleta de manera intermitente. Por lo general son zonas del cuerpo más cubiertas a la luz solar, aunque las extremidades superiores sí presentan mucho más daño por los efectos de la luz solar. La presentación en cabeza y cuello se asocia con la exposición más continua a los rayos ultravioleta.^(2,3,4,5)

El poco predominio del CEC en las mucosas, y sobre lesiones de cicatrices por dermatosis crónicas observado en el presente trabajo, pudiera deberse a criterio de los autores, a una baja percepción del riesgo por los pacientes. Lo anterior coincide con los estudios realizados por *Muranushi*, quien señala que en algunos casos solo se le da cierta importancia a las lesiones que aparecen en zonas estéticas. Además, se subvalora la transformación de lesiones persistentes, que son muy propensas a la aparición del CEC, debido a que sufren mayor traumatismo que otras zonas del organismo.⁽¹⁵⁾

Al evaluar el grado de diferenciación celular se aprecia que a medida que disminuye el grado de diferenciación tumoral se incrementa la capacidad de provocar metástasis.^(16,17,18) En este trabajo se observó un predominio del carcinoma espinocelular bien diferenciado (CEBD), lo que significa un mejor pronóstico y menor propensión a desarrollar metástasis.

El riesgo de aparición de metástasis tiene relación con el tamaño del tumor (mayor de 2 cm), grado de diferenciación, profundidad del tumor, y sitio afectado, ya que se sabe que en mucosas o semimucosas es mucho más agresivo.^(17,18)

Conclusiones

No se encontraron diferencias en cuanto a la epidemiología, clínica, e histología, con respecto a lo reportado en la literatura.

Referencias bibliográficas

1. López Cruz ZC. Incidencia de carcinoma basocelular y epidermoide. Dermatología Rev Mex. 2017 [acceso 12/03/2020];51(4):149-53. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdf/derrevmex/rmd2007/rmd074c.pdf>
2. Uribe-Bojanini E, Londoño García AM, Jiménez Calfat G, Sanabria Quiroga AE, Mejía Montoya ME. Carcinoma espinocelular de piel de alto riesgo: definición, diagnóstico y manejo. Med Cutan Iber Lat Am. 2017 [acceso 18/05/2020];45(1):8-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2017/mc171b.pdf>
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Basal cell skin cancer. Version 2. 2018. [acceso 01/07/2020]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
4. Sánchez G, Nova J. Factores de riesgo del carcinoma espinocelular, un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. Actas Dermosifiliogr. 2013 [acceso 01/07/2020];104(8):672-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731013000604>
5. Thompson AK, Kelley B, Prokop L, Murad M, Baum C. Risk factors for cutaneous squamous cell carcinoma recurrence, metastasis and disease-specific death: a systemic review and meta-analysis. JAMA Dermatol. 2018 [acceso 01/07/2020];152(4):419-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26762219/>
6. Bishakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, Alam M, Andersen JS, Berg D, et al. NCCN Guidelines Version 1. 2017. Panel Members Squamous Cell Skin Cancer. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/295173447/squamous-Cell-Skin-Cancer-NCCN-Guidelines>

7. Hernández-Zárate SI, Medina-Bojórquez A, López-Tello S, Alcalá-Pérez D. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermatología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatol Rev Mex*. 2018 [acceso 01/06/2020];56(1):30-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2012/rmd121e.pdf>
8. Güémez-Granie MF, Plascencia-Gómez A, Ganiel-Lavadore MJ, Dzul-Rosado K. Epidemiología del cáncer de piel en el Centro Dermatológico de Yucatán. *Dermatol Rev Mex*. 2015 [acceso 01/07/2020];59:9-18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2015/rmd151c.pdf>
9. Telich Tarriba JE, Monter Plata A, Victor Baldin A, Apellaniz Campo A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. *Acta Med Grupo Angeles*. 2017 [acceso 01/07/2020];15(2):8-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v15n2/1870-7203-amga-15-02-00154.pdf>
10. Gandhi SA, Kampp J. Skin cancer epidemiology, detection and management. *Med Clin North Am*. 2015 [acceso 10/07/2020];99(6):1323-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26476255/>
11. Krediet JT, Beyer M, Lenz K, Ulrich C, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, *et al*. Sentinel lymph node biopsy and risk factors for predicting metastasis in cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2015 [acceso 01/07/2020];172(4):1029-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25362868/>
12. Metterle L, Nelson C, Patel N. Intralesional 5-fluorouracil (FU) as a treatment for nonmelanoma skin cancer (NMSC): A review. *J Am Acad Dermatol*. 2016 [acceso 15/07/2020];74(3):552-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962215022458#:~:text=Intralesional205fluorouracil>
13. Kallini J, Hamed N, Khachemoune A. Squamous cell carcinoma of the skin: epidemiology, classification, management, and novel trends. *Int J Dermatol*.

2017 [acceso 15/07/2020];54(2):130-40. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijd.12553>

14. Domínguez-Cherit J, Rodríguez-Gutiérrez G, Narváez Rosales V, Toussaint Caire S, Fonte Avalos V. Características del carcinoma epidermoide cutáneo y riesgo para el desarrollo de recidivas con cirugía convencional y cirugía con transoperatorio tardío. *Cir Cir.* 2017 [acceso 15/07/2020];85(6):499-503. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116301347>

15. Muranushi C, Olsen CM, Pandeya N, Green AC. Aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs can prevent cutaneous squamous cell carcinoma: a systemic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol.* 2015 [acceso 23/07/2020];135(4):975-83. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022202X15371852>

16. Schawaederle M, Elkin SK, Tomson BN, Carter JL, Kurzrock R. Squamousness: next generation sequencing reveals shared molecular features across squamous tumor types. *Cell cycle.* 2016 [acceso 12/07/2020];1:1-7. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26030731/>

17. Rogers HW, Weinstock MA, Feldman SR, Coldiron BM. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the U.S. population. *Jama Dermatol.* 2016 [acceso 23/07/2020];151(10):1081-6. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25928283/>

18. Li L, Li F, Xia Y, Yang X, Lv Q, Fang F, et al. UVB induces cutaneous squamous cell carcinoma progression by de novo ID4 methylation via methylation regulating enzymes. *EBioMedicine.* 2020 [acceso 28/07/2020];57:e102835. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32574963/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Grecia María Giniebra Marín.

Curación de datos: Roxana Rivera Rivadulla, Yaima Gorrín Díaz.

Análisis formal: Grecia María Giniebra Marín.

Investigación: Grecia María Giniebra Marín, Roxana Rivera Rivadulla, Yaima Gorrín Díaz.

Metodología: Grecia María Giniebra Marín.

Validación: Roxana Rivera Rivadulla, Yaima Gorrín Díaz

Visualización: Grecia María Giniebra Marín

Redacción-borrador original: Grecia María Giniebra Marín, Roxana Rivera Rivadulla, Yaima Gorrín Díaz.

Redacción-revisión y edición: Grecia María Giniebra Marín.