

Carcinoma espinocelular en hospitales públicos de la Región Metropolitana de Chile: análisis de la localización anatómica, género y edad

Viviana Zemelman D.⁽¹⁾, Constanza Ramírez R.⁽²⁾, Andrés Alvo V.⁽²⁾, Alberto Aedo S.⁽²⁾, Marcos Feldman F.⁽²⁾

⁽¹⁾*Servicio de Dermatología, HCUCh.*

⁽²⁾*Estudiantes de Medicina, Universidad de Chile.*

SUMMARY Cutaneous squamous cell carcinoma (SCC) is the second most common skin cancer; its incidence is increasing in the last decades worldwide. The purpose of this study was to analyze 1320 SCC (716 males and 604 females) from five hospitals of Santiago. The tumours were studied by gender, anatomical localization and age of the patient. For this, 600.000 histopathological reports were reviewed (1992-2001). SCC was more frequent in males than females and also more frequent in older people. The average age was 72.1 +/-14.3 years old in females and 69.5+/-13.2 years old in males. The most frequent anatomical locations in females were the face (51.2%), lower extremities (13.9%) and genitals (12.1%). The most frequent anatomical locations in males were the face (62.4%); genitals (9.8%) and lower extremities (8.1%). More number of facial SCC was observed in males than in females; however; more SCC in lower extremities was observed in females than in males. In relation to age, CEC was more frequent in males in the 50-59 and 70-79 years old groups, however; CEC was more frequent in females older than 80 years old. The study of 1320 SCC tumours allows us to analyze risk groups in the Chilean population that help to direct future skin cancer prevention campaigns in Chile.

INTRODUCCIÓN

Carcinoma espinocelular (CEC) constituye la segunda forma más frecuente de cáncer a la piel después del carcinoma basocelular (CBC). Usualmente se presenta en zonas expuestas a radiación solar en forma crónica y acumulativa⁽¹⁾. En los últimos 30 años se ha observado un aumento en la incidencia de CEC a nivel mundial.

En Australia, se ha observado un aumento del 51% entre 1985 y 1990⁽²⁾. Otros estudios realizados en New Hampshire entre 1979 y 1994 documentan un incremento aproximado de un 300%⁽³⁾. En Noruega, se describe un aumento de 3 a 4 veces la tasa de incidencia en 30 años⁽⁴⁾.

En Chile, en un estudio de cinco hospitales públicos de la Región Metropolitana, las tasas

de incidencia fluctuaron entre 3.3 (1992) y 6.9 (1995) por 100.000 habitantes. La incidencia máxima observada para CEC fue de 6.9/100.000 habitantes en el año 1995 y acorde a la tendencia mundial, se ha observado un aumento en los últimos años ya que las tasas de CEC aumentaron un 86% entre 1992-1998⁽⁵⁾. Este incremento es similar a lo observado en otros países de América Latina^(6,7).

Se han observado diferencias en la asociación entre radiación ultravioleta y riesgo de cáncer cutáneo. El CEC se asociaría más a la radiación crónica u ocupacional; en cambio, el melanoma maligno (MM) y carcinoma basocelular (CBC) se han asociado más a la exposición no ocupacional o recreacional intermitente⁽⁸⁾.

La incidencia de CEC variaría según área geográfica; las mayores incidencias se observan en las áreas de mayor exposición solar. Esto se ve reflejado en que las incidencias de CEC son mayores en 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⁽⁹⁾. En estudios internacionales se ha observado que el riesgo de desarrollar CEC está fuertemente asociado con la sensibilidad a la radiación solar y con los altos niveles de exposición solar⁽¹⁰⁾.

La importancia clínica del CEC radica en que a diferencia del CBC el cual rara vez metastatiza, un 4.9% del CEC sí lo hace, lo que implica un tratamiento más complejo y peor pronóstico⁽¹¹⁾. Por estas razones, para realizar un diagnóstico precoz del CEC cobra especial relevancia el conocer las características sociodemográficas de los pacientes con CEC y las variables clínico-histopatológicas de este tumor en nuestra población.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue el analizar la localización anatómica del carcinoma espinocelular y su distribución por género y grupo de edad.

METODOLOGÍA

Se estudiaron todos los informes de biopsias con diagnóstico histopatológico de CEC durante los años 1992-2001, correspondientes a 1320 casos, en 5 hospitales de la Región Metropolitana (Hospital San Borja Arriaran, Hospital Salvador, Hospital Barros Luco Trudeau, Hospital Sótero del Río y Hospital San Juan de Dios). Estos hospitales cubren una población aproximada de 2.500.000 habitantes. Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel y distribuidos según sexo, edad de presentación y localización anatómica. En el análisis estadístico se utilizó z test y t test, considerándose significativo los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

En la Figura 1 se observa que de las 1320 muestras estudiadas, 54,2% (716) corresponden a varones y 45,8 % (604) corresponden a mujeres. Los varones presentan una mayor frecuencia, la cual es estadísticamente significativa $p < 0,05$. La edad promedio general fue de 70,69 años \pm 13,75; con 69,5 años \pm 13,2 para varones y 72,1 años \pm 14,27 en mujeres. La diferencia entre la edad promedio por género resultó estadísticamente significativa ($P = 0,0006$).

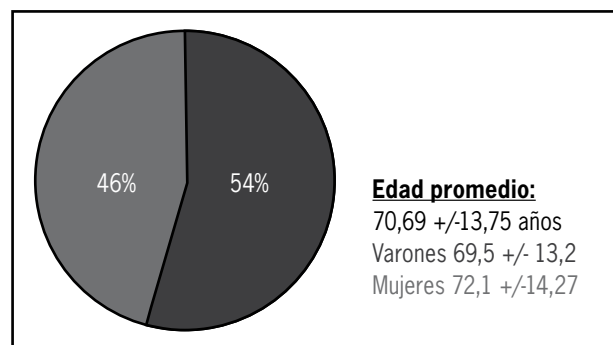


Figura 1. CEC según género.

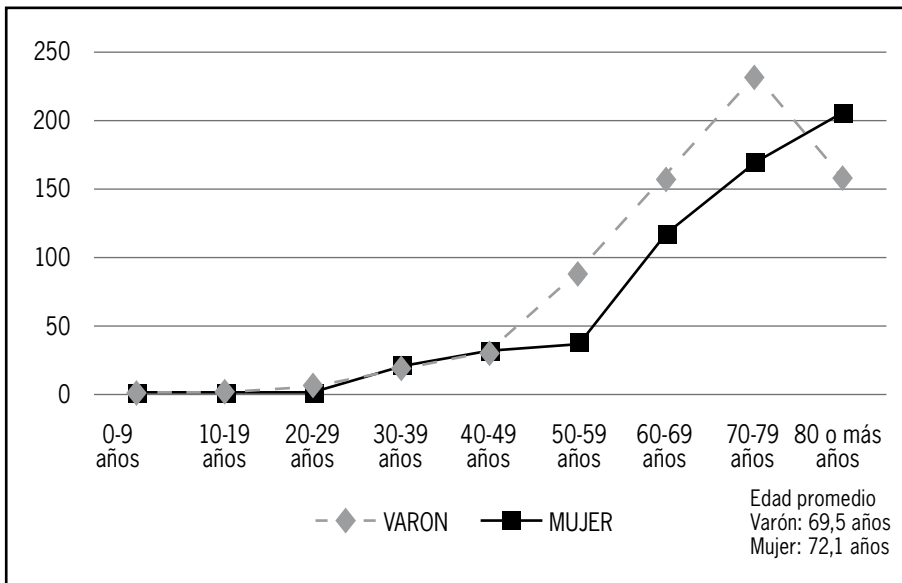


Figura 2.
Frecuencia de CEC según edad.

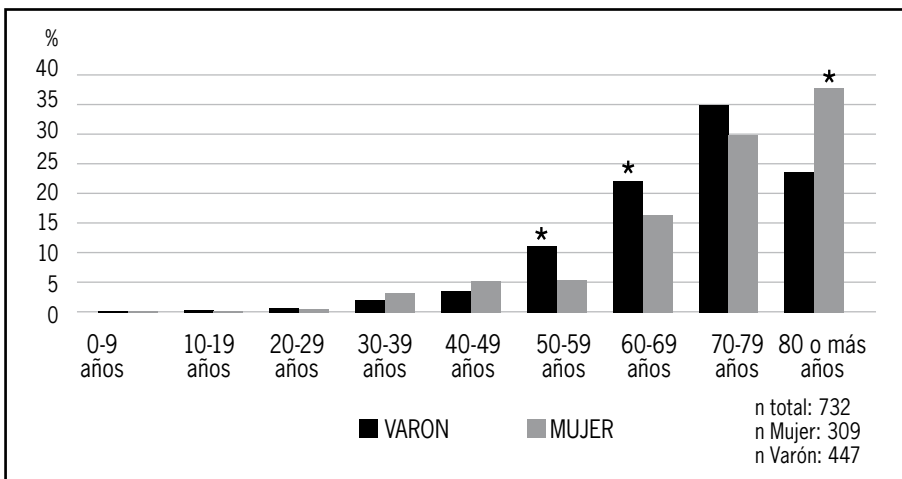


Figura 3.
Distribución etaria en cara según género.

En la Figura 2 se agruparon los casos de CEC por grupos etarios según género. Se observa un aumento progresivo desde los 50 años en adelante. A partir de los 60 años se agrupa el 82,14% del total de CEC. En los varones la mayor frecuencia de CEC se encuentra en el rango de 70-79 años, en cambio en las mujeres, la mayor frecuencia de casos se concentra sobre los 80 años.

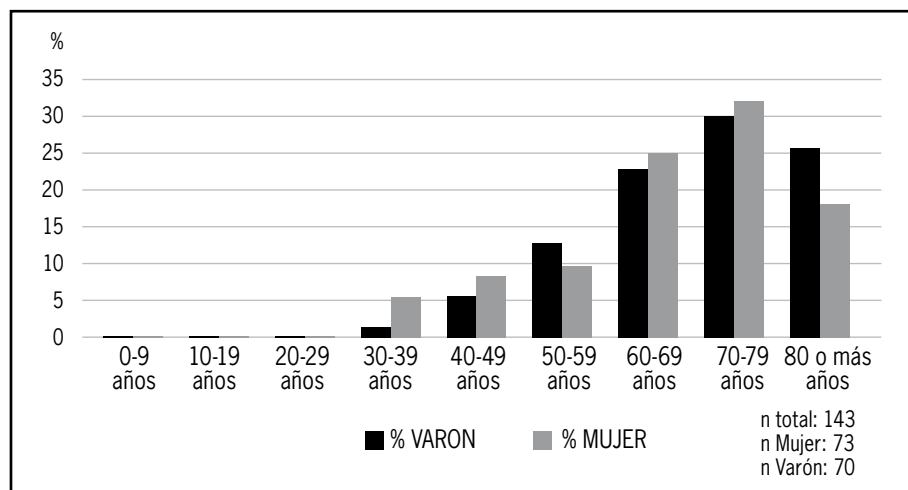
En la Tabla 1 se observa la distribución porcentual de las localizaciones de CEC según género. Varones presentarían más CEC en cara ($p < 0.05$). Mujeres presentarían más CEC en extremidades inferiores ($p < 0.05$).

En la Figura 3 se observa la distribución etaria según género para cara; se observan diferencias significativas a favor de los varones en las décadas 50-59 y 60-69. Sobre los 80 años se observa una diferencia significativa a favor de las mujeres

Tabla 1. Localización anatómica de CEC según género

	Varones	Mujeres
Cara	*62,43%	51,16%
E. Inferiores	8,10%	*13,91%
Genitales	9,78%	12,09%
E. Superiores	4,75%	4,14%
Tronco	3,77%	2,81%

Figura 4.
Distribución etaria de
genitales según género.



($p < 0.05$). En la Figura 4 se observa la distribución etaria según género para CEC de genitales. Se observan diferencias que no alcanzan la significancia.

En la Figura 5 se observa la distribución etaria según género para CEC de extremidades superiores. Se observan diferencias significativas a favor de las mujeres mayores de 80 años ($p < 0.05$).

En la Figura 6 se observa la distribución etaria según género para CEC de extremidades inferiores, en el rango 50-59 años, varones presentan más CEC que las mujeres, lo contrario se observa en el grupo de los mayores de 80 años. Varones presentarían más CEC en cara ($p < 0.05$). Mujeres presentarían más CEC en extremidades inferiores ($p < 0.05$).

DISCUSIÓN

De acuerdo a nuestros resultados, se observa una mayor frecuencia de CEC en el sexo masculino y esto concuerda con lo encontrado en la literatura internacional. Otros resultados latinoamericanos también muestran un claro predominio masculino de 66.38% para CEC⁽¹²⁾. Cifras encontradas en Australia también muestran predominio masculino⁽⁹⁾. Algunos estudios asocian este predominio masculino al ejercicio de ocupaciones con mayor exposición solar crónica (agricultura o construcción)⁽¹³⁾. Nuestros resultados indican que este tumor está presente principalmente en personas mayores, el 82.14% se concentra en pacientes mayores de 60 años. El promedio de edad de presentación de

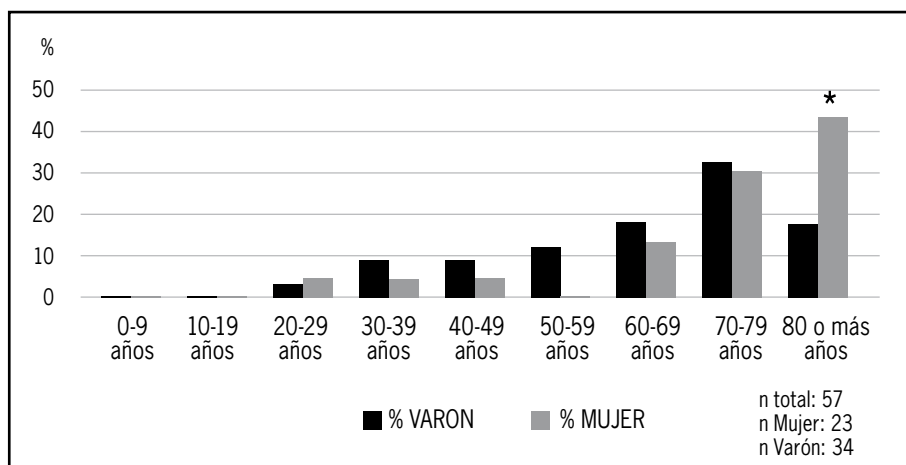


Figura 5.
Distribución etaria en
EESS según género.

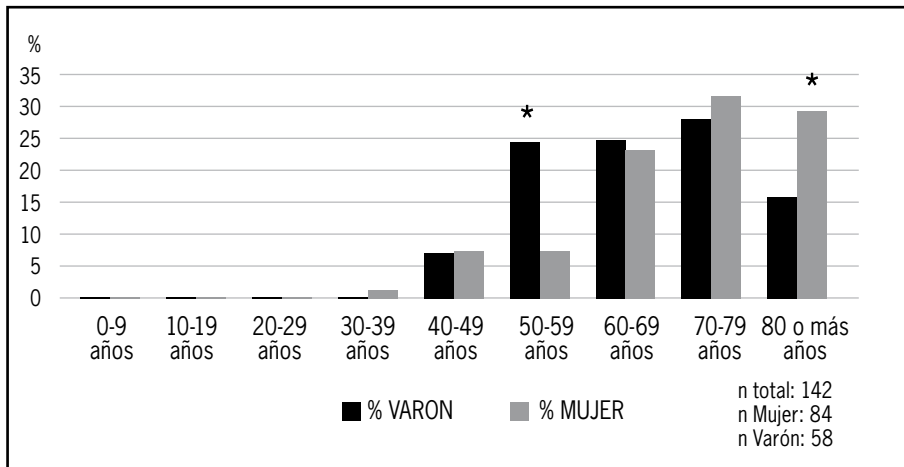


Figura 6.
Distribución etaria en EEl según género.

nuestros pacientes fue de 70,69 años +/- 13,75. Estos resultados concuerdan con los observados en la literatura internacional⁽¹²⁾ y se explican principalmente por la exposición solar crónica a través de los años de las personas.

Al comparar la edad promedio por género de este tumor, las mujeres presentan una significativa mayor edad promedio, lo que se repite en otros estudios internacionales⁽¹⁴⁾. Por otro lado, este aumento con la edad en ambos géneros estaría relacionado a que el CEC se presenta preferentemente en localizaciones que reciben exposición solar crónica y acumulativa⁽¹⁵⁾. Se ha postulado que el aumento de la incidencia con la edad es más marcado para CEC que para los otros tipos de cáncer cutáneo⁽¹⁶⁾.

Respecto a la menor frecuencia de CEC en los varones respecto a las mujeres sobre los 80 años, podría explicarse por la mayor esperanza de vida que presentan las mujeres en relación con los varones en Chile, la que actualmente es de 81,5 años para mujeres y 75,4 en varones⁽¹⁷⁾. Esto también explicaría el por qué la edad promedio de presentación resulta ser menor en varones respecto a mujeres.

Cuando se comparan las distribuciones etarias de CEC según género, se observa una mayor acumulación de casos en varones a edades menores y sobre los 80 años se ve una inversión de esta tendencia.

Esto último se explicaría por la mayor esperanza de vida de las mujeres en nuestro país.

Respecto a las localizaciones de CEC según género (Tabla 1), podemos observar que tanto en varones como en mujeres, la localización más frecuente corresponde a cara; estos resultados concuerdan con lo descrito en la literatura internacional los cuales sitúan a cabeza, cara y cuello como las localizaciones más frecuentes de CEC en la población general^(13,15,16,18). Además, existen evidencias que la incidencia de CEC es 20 veces más frecuente en cara respecto al resto del cuerpo, comparado con el melanoma, el cual presenta solo 4 veces mayor frecuencia⁽¹⁵⁾.

Respecto a la localización genital, corresponde a la segunda localización más frecuente en varones y la tercera más frecuente en mujeres; otros estudios latinoamericanos han descrito la localización perineal en el tercer lugar de frecuencia asimilándose a nuestros resultados⁽¹²⁾. El alto porcentaje de CEC en zona genital observado en nuestro estudio (en mujeres y varones) no fue observado en población privada de nuestro país, cuando se analizaron 587 CEC de esa población. En esta población se encontró solamente un 2,2% de CEC en zona genital de varones y un 1,9% en zona genital de mujeres⁽¹⁹⁾. Las diferencias observadas entre ambas poblaciones en relación al CEC genital, podrían deberse a un

distinto comportamiento sexual entre población privada y pública, como también a una mayor falta de control de las enfermedades de transmisión sexual.

Respecto a las diferencias por género en cara, en la literatura encontramos que en varones la incidencia de CEC es mayor en cabeza; específicamente en el pabellón auricular, cuero cabelludo y cuello las cuales constituyen localizaciones con mayor foto exposición en relación a las mujeres⁽¹⁵⁾. En nuestro trabajo, coincidimos con aquellos resultados: los varones presentarían más CEC en cabeza, cuero cabelludo y orejas que las mujeres. Nuestros resultados muestran concordancia, ya que observamos una diferencia estadísticamente significativa en la localización cabeza en varones respecto mujeres.

Respecto a las diferencias por género en extremidades inferiores, encontramos diferencias significativas a favor de las mujeres. Otros estudios concuerdan con nuestros resultados, planteando que el aumento en la frecuencia de CEC de los últimos años ha sido más pronunciado en las extremidades inferiores para las mujeres respecto a los varones⁽³⁾. Estos resultados se explicarían por razones culturales, principalmente de fotoexposición. En la población chilena analizada en este estudio la mujer expone las extremidades inferiores a diferencia del varón; la mujer de esta edad promedio usa más falda que pantalón, por lo tanto, este aumento de frecuencia en extremidades inferiores podría ser debido a una mayor exposición solar.

Respecto a las diferencias etarias según género y localización, observamos que en cara el comportamiento es muy similar al total de CEC por edad, con una presentación más precoz en varones respecto a mujeres. En cambio en EESS y EEII la presentación a edades mayores muestra un predominio femenino. Esto se explicaría nuevamente por la mayor esperanza de vida de ellas.

La tendencia del CEC a desarrollarse en zonas principalmente fotoexpuestas observada en nuestro estudio, concuerda con todos los estudios existentes y a la vez reafirma la teoría que la exposición solar es un agente causal de esta neoplasia.

La distinta localización anatómica en zonas fotoexpuestas de este tumor en ambos géneros indicaría un distinto patrón de exposición solar en ambos géneros.

En resumen, este trabajo analizó 1320 tumores (CEC) según género, edad y localización anatómica. La información se obtuvo de los servicios de Anatomía Patológica de cinco hospitales públicos de la Región Metropolitana (1992-2001). El carcinoma espinocelular constituye la segunda forma más frecuente de cáncer a la piel. Es por esto que resulta de gran importancia en la práctica clínica el conocer algunos datos acerca de la epidemiología local de esta patología.

Los datos indican que estamos frente a una neoplasia maligna de piel que se observa preferentemente en varones, en personas de mayor edad, se localiza principalmente en zonas cien por ciento fotoexpuestas (cara). Las principales localizaciones en varones fueron cara, genitales y extremidades inferiores. En la mujer, fueron cara, extremidades inferiores y genitales. Estas diferencias en localización por género de las zonas fotoexpuestas son explicadas principalmente por distintos patrones de exposición solar. Con estos datos podríamos configurar grupos de riesgo de desarrollar CEC, para enfocar futuras campañas de prevención. Es necesario establecer campañas de educación y de prevención del cáncer cutáneo, especialmente dirigido a los grupos de riesgo. La implementación de campañas de prevención del cáncer de piel a través del autoexamen y de la consulta precoz podría disminuir la morbilidad del CEC.

REFERENCIAS

1. Dal H, Boldemann C, Lindelof B. Trends during a half century in relative squamous cell carcinoma distribution by body site in the Swedish population: support for accumulated sun exposure as the main risk factor. *J Dermatol* 2008;35:55-62.
2. Marks R, Staples M, Giles GG. Trends in non melanocytic skin cancer treated in Australia: the second national survey. *Int J Cancer* 1993;53:585-90.
3. Karagas M, Greenberg E, Spencer S, Stukel T, Mott L. Increase in incidence rates of basal cell and squamous cell skin cancer in New Hampshire, USA. *Int J Cancer* 1999;81:555-9.
4. Iversen T, Tretli S. Trends for invasive squamous cell neoplasia of the skin in Norway. *Br J Cancer* 1999;81:528-31.
5. Zemelman V, Roa J, Díaz C, Araya I, Zamalloa G, Faundez E. Aumento de la incidencia del cáncer cutáneo en los hospitales públicos de la Región Metropolitana (1992 -1998). *Rev Chil Dermatol* 2001;17:180-5.
6. Oliveira I, Dunshee I, Brunstein. Neoplasias malignas de pele: lise epidemiological de 1242 pacientes operados. *J Bras Med* 1996;71:61-6.
7. Pascquali P, Camejo C. Carcinoma espinocelular: estudio retrospectivo desde 1998-1992 del Servicio de Dermatología de Hospital Universitario de Caracas. *Dermatol Venez* 1993;31:149-54.
8. Armstrong B, Kricker A. The epidemiology of UV induced cancer. *J Photochem Photobiol* 2001;63:8-18.
9. Green A, Battistutta D, Hart V, Leslie D, Weedon D. Skin cancer in a subtropical Australian population: incidence and lack of association with occupation. *Am J Epidemiol* 1996;144:1034-40.
10. English D, Armstrong B, Kricker A, Winter M, Heenan P, Randell P. Demographic characteristics, pigmentary and cutaneous risk factors for squamous cell carcinoma of the skin: a case-control study. *Int J Cancer* 1998;76:628-34.
11. Joseph M, Zulueta W, Kennedy P. Squamous cell carcinoma of the skin of the trunk and limbs: the incidence of metastases and their outcome. *Aust N Z J Surg* 1992;62:697-701.
12. Baquerizo K, Castro E, Muñoz S. Incidencia y características clínico patológicas del carcinoma espinocelular cutáneo. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, 2004-2006. *Folia Dermatol Peru* 2007;18:63-71.
13. Zamanian A, Farshchian M, Meheralian A. A 10-year study of squamous cell carcinoma in Hamedan in the west of Iran (1993-2002). *Int J Dermatol* 2006;45:37-9.
14. Robert A, Schwartz, Howard L. Carcinoma espinocelular: En Fitzpatrick T. *et al.* *Dermatología en Medicina General*, 4ta edición, Mac Graw Hill. New York 1993; 74:861-81.
15. Franceschi S, Levi F, Randimbison L, La Vecchia C. Site distribution of different types of skin cancer: new aetiological clues. *Int J Cancer* 1996;67:24-8.

16. Plesko I, Severi G, Obsitnikova A, Boyle P. Trends in the incidence of non-melanoma skin cancer in Slovakia 1978-1995. *Neoplasma* 2000;47:137-42.
17. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile: Proyecciones y estimaciones de población. Total país. Período de información: 2005-2010.
18. Wassberg C, Thorn M, Johansson A, Bergstrom R, Berne B, Ringborg U. Increasing incidence rates of squamous cell carcinoma of the skin in Sweden. *Acta Derm Venereol* 2001;81:268-72.
19. Tomulic V. Características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas del carcinoma espinocelular. Análisis de 587 tumores en población privada de Santiago, Chile. Universidad de Chile, 2005.

CORRESPONDENCIA

BQ Viviana Zemelman Decarli Ph.D.
Servicio de Dermatología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 978 8173
E-mail: vzemelma@redclinicauchile.cl

