

Características clínicas y epidemiológicas de los carcinomas cutáneos en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, 2021-2023

Clinical and epidemiological characteristics of skin carcinomas in Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, 2021-2023



Barrios M.E.

María Emilia BARRIOS*, Liber J. FRAGA**, Oscar JACOBO***

Resumen

Introducción y objetivo. El cáncer de piel es la neoplasia más frecuente en Uruguay. Dentro de los cánceres de piel, el 92.4% son no melanoma y un 7.6% melanomas.

El objetivo del presente estudio es conocer las características clínicas y epidemiológicas de los carcinomas basocelulares y escamocelulares atendidos en el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay, centro de referencia nacional de adultos.

Material y método. Estudio observacional retrospectivo de los pacientes atendidos por la Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de Montevideo (Uruguay) en el periodo comprendido entre marzo de 2021 y marzo de 2023.

Resultados. Incluimos un total de 64 pacientes y 75 carcinomas, de los cuales 55 correspondieron al diagnóstico de carcinomas basocelulares (73%) y 20 a carcinomas escamocelulares (27%).

Aproximadamente un 90% de los casos se topografió en cabeza y cuello (zonas fotoexpuestas) y un 40% de los pacientes presentaba antecedentes de cáncer de piel.

En cuanto al tratamiento, el 60% de los tumores fue resecado mediante cirugía de Mohs y el 40% restante con márgenes preestablecidos.

Conclusiones. Nuestro estudio permitió conocer las características de los pacientes atendidos en un centro de referencia en Uruguay, así como poner de relieve las fortalezas y debilidades en la atención de este tipo de tumores.

Planteamos la necesidad de realizar estudios prospectivos multicéntricos estandarizados que permitirán una mejor valoración epidemiológica, proponer nuevas estrategias de atención a los pacientes y actuar en consecuencia ante este problema de salud pública.

Abstract

Background and objective. Skin cancer is the most common neoplasm in Uruguay. Among skin cancers, non-melanoma carcinomas comprise 92.4% and melanomas 7.6%.

The aim of the present study is to analyze the clinical and epidemiological characteristics of basal cell and squamous cell carcinomas treated at the Hospital de Clínicas in Montevideo (Uruguay), a national reference center for adult patients.

Methods. A retrospective observational study was carried out on patients treated by the Department of Plastic Surgery at the Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela in Montevideo (Uruguay) in the period March 2021-March 2023.

Results. A total of 64 patients and 75 carcinomas were included, 55 corresponded with the diagnosis of basal cell carcinomas (73%) and 20 with squamous cell carcinomas (27%).

Approximately 90% of cases were located in the head and neck (photo exposed areas), and 40% of patients had a history of skin cancer.

Regarding treatment, 60% of the tumors were resected using the Mohs surgery technique and the remaining 40% with pre-established margins.

Conclusions. Our study allowed to know the characteristics of the patients treated at a national reference center in Uruguay as well as the strengths and weaknesses in their care.

A standardized multicenter prospective study is proposed, which will allow us to make a better epidemiological assessment, propose new care strategies and act accordingly to face this public health problem.

Palabras clave Cáncer de piel, Carcinoma basocelular, Carcinoma escamocelular.

Nivel de evidencia científica 5c Diagnóstico
Recibido (esta versión) 30 agosto / 2024
Aceptado 7 diciembre / 2024

Key words Skin cancer, Basal cell carcinoma, Squamous cell carcinoma.

Level of evidence 5c Diagnostic
Received (this version) August 30 / 2024
Accepted December 7 / 2024

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.
Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Médico Residente.

** Cirujano Plástico, Profesor Adjunto.

*** Cirujano Plástico, Profesor Titular

Introducción

La población preliminar estimada del Uruguay, según el censo de 2023 del Instituto Nacional de Estadística, es de 3.444.263 habitantes.⁽¹⁾ Según las cifras publicadas por el Registro Nacional de Cáncer - Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, el cáncer de piel es la neoplasia más frecuente en el país. El último registro nacional de cáncer, realizado en el período entre 2015-2019, registró una incidencia anual de 17.179 cánceres, dentro de los cuales 3.183 casos (18.5 %) correspondían a cáncer de piel.⁽²⁾

El carcinoma de células basales (CBC) es el cáncer de piel más común y excede la incidencia de todos los demás cánceres combinados. Los CBC son al menos dos veces más comunes que los carcinomas de células escamosas (CEC), ocupando los CEC el segundo lugar en incidencia.^(3,4) Ambos tipos de carcinomas pueden presentar muchas veces características clínicas similares, las cuales hacen difícil diferenciarlos clínicamente. Pueden producir una destrucción local sustancial junto con desfiguración y pueden afectar áreas extensas de tejido blando, cartílago y hueso.

En comparación con el CEC, los CBC tienen mucha menos probabilidad de metastatizar, con una tasa metastásica de <0.1% y, por lo tanto, generalmente tienen un mejor pronóstico.⁽³⁾ Los CEC suelen tener también un buen pronóstico, con una supervivencia a 5 años de alrededor del 98%.⁽⁴⁾

Dada la incidencia y la agresividad de esta patología, consideramos que es fundamental conocer las características de estas lesiones en nuestro medio para, a partir de los resultados brindados, realizar estudios prospectivos con mayor nivel de evidencia que permitan promover y generar nuevas estrategias de prevención entre nuestra población.

Así pues, el objetivo del presente estudio es conocer las características clínicas y epidemiológicas de los carcinomas basocelulares y escamocelulares atendidos en el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay, centro de referencia nacional.

Material y método

Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los pacientes atendidos por la Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en Montevideo, Uruguay, durante el período comprendido entre marzo de 2021 y marzo de 2023.

Llevamos a cabo la recolección de datos ingresando al sistema de historias clínicas electrónicas del hospital

y contabilizando los pacientes presentados en sesión médica - quirúrgica de Cirugía Plástica del hospital en el período de estudio con resultados de Anatomía Patológica compatibles con carcinomas basocelulares y escamocelulares.

Las variables epidemiológicas evaluadas en cada paciente fueron: edad, sexo, fototipo, ocupación y fotoexposición, antecedentes personales de cáncer de piel, antecedentes personales de inmunosupresión, antecedentes personales de radioterapia y enfermedades genéticas.

Las variables de la lesión incluidas fueron: subtipo histológico, localización, tamaño (cm), tiempo de evolución, de novo o recidiva, resección convencional/cirugía de Mohs y tiempo de seguimiento

Resultados

En total contabilizamos 64 pacientes con 75 carcinomas, de los cuales 55 correspondían con el diagnóstico de carcinoma basocelular (73%) y 20 con el de carcinoma escamocelular (27%). En cuanto a la distribución por sexo, de los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, un 51% (n=28) eran hombres y un 49% (n=27) mujeres; de los carcinomas escamocelulares un 70% (n=14) eran hombres y un 30% (n=6) mujeres. La media de edad para los carcinomas basocelulares fue de 68.7 años (rango 40-91 años) y para los carcinomas escamocelulares de 73.4 (rango 39-94 años).

Carcinomas basocelulares

Un 87.2% (n=48) se topografiaron en cabeza y cuello. Los 3 sitios anatómicos en los que se observaron con mayor frecuencia fueron nariz 27.7% (n=15), mejilla 12.7% (n=7) y párpado 12.7% (n=7). Los restantes se ubicaron en cuero cabelludo 7.2 % (n=4), frente 7.2% (n=4), oreja 5.4% (n=3), mentón 5.4% (n=3), cuello 5.4% (n=3), brazo 5.4% (n=3), dorso 5.4% (n=3), labio 3.6% (n=2) y pierna 1.8 % (n=1) (Gráfico 1).

Un 96.4% (n=53) se presentaron como lesiones primarias, mientras que un 3.6% (n=2) fueron recurrencias. En cuanto a estos últimos 2 casos, 1 se trataba de una recurrencia de la lesión primaria a los 5 años en labio y el otro a los 10 años en mejilla.

El tiempo de evolución promedio entre que el paciente notó la lesión y acudió a la consulta fue de 28 meses (rango de 8 meses a 6 años).

El tamaño promedio de las lesiones fue de 2.1x1.3 cm (rango de 10x6 cm topografiado en cuero cabelludo a 0.6x0.5 cm topografiado en nariz).

En cuanto a los subtipos histológicos, un 30.9% (n = 17) correspondían a carcinomas basocelulares mi-

Gráfico 1. Topografía de los carcinomas basocelulares (CBC) en los pacientes de nuestro grupo de estudio.

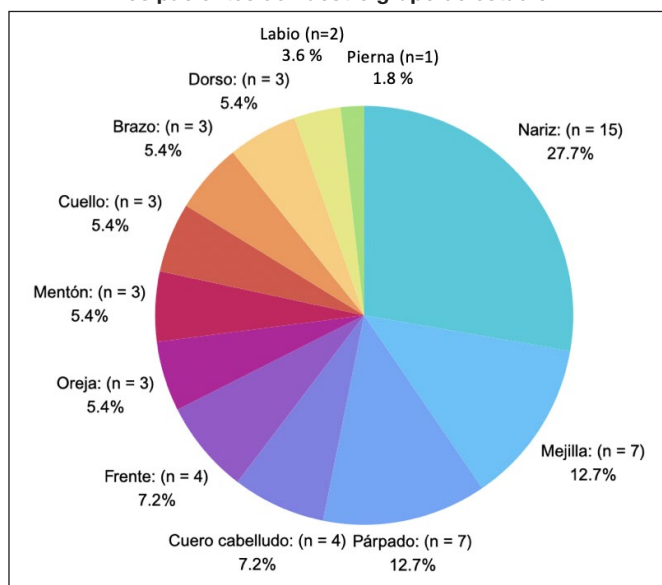
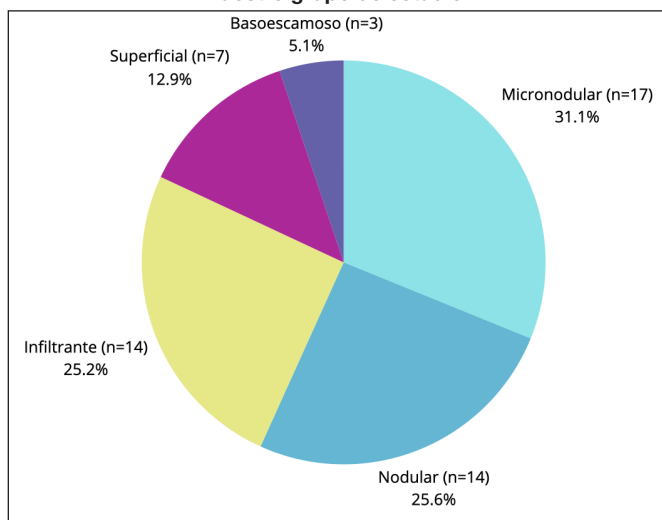


Gráfico 2. Subtipos histológicos de los CBC de los pacientes de nuestro grupo de estudio.



cronodulares, un 25.4% (n=14) al subtipo nodular, 25.4% (n=14) infiltrante, 12.8% (n=7) superficial y un 5.1% (n=3) al subtipo basoescamoso (Gráfico 2).

Un 9% (n=5) de estas lesiones se encontraban ulceradas.

En cuanto a los antecedentes personales, un 36% (n=20) de los pacientes presentaba antecedentes de cáncer de piel. No registramos pacientes con antecedentes de inmunosupresión, ni antecedentes de exposición a radioterapia previa.

Para el tratamiento de estos carcinomas se realizó cirugía micrográfica de Mohs en un 60% (n=33) y resección mediante cirugía convencional con márgenes preestablecidos (4-10 mm) en un 40% (n=22) de los casos.

Un 60% (n=33) de los pacientes mantuvo controles desde el diagnóstico hasta el cierre de nuestro estudio. Consideramos como seguimiento adecuado el de aquellos pacientes que concurrieron a controles en curacio-

Gráfico 3. Topografía de los carcinomas espinocelulares (CEC) de los pacientes de nuestro grupo de estudio.

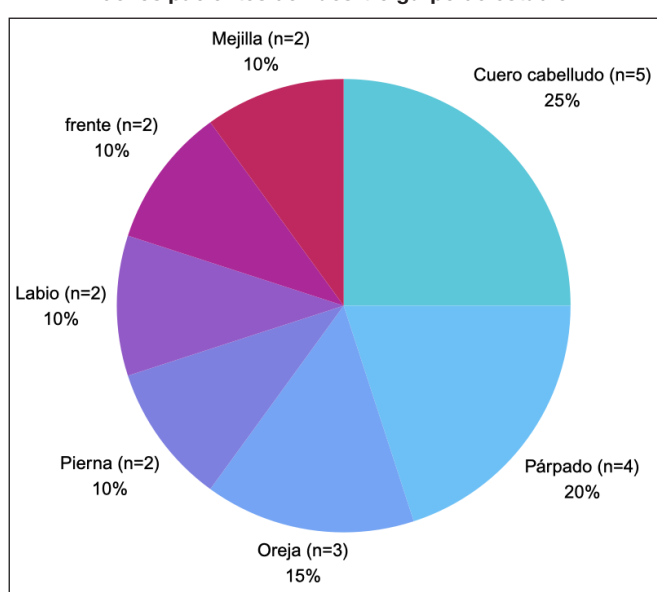
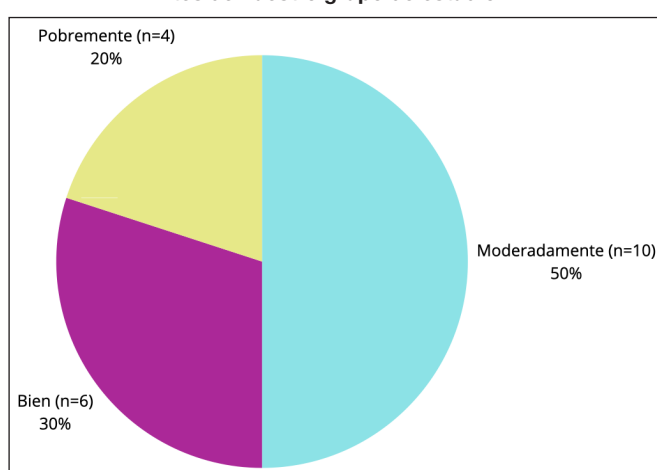


Gráfico 4. Diferenciación histológica de los CEC de los pacientes de nuestro grupo de estudio.



nes, control con resultado de Anatomía Patológica y posteriormente al menos 2 controles por año con el equipo de Cirugía Plástica o Dermatología (Tabla I).

Carcinomas escamocelulares.

El 90% (n=18) de los carcinomas escamocelulares (CEC) se topografiaron en la cabeza. Los sitios más frecuentes fueron: cuero cabelludo 25% (n=5), párpado 20% (n=4) y oreja 15% (n=3). El resto fueron topografiados en pierna 10% (n=2), mejilla 10% (n=2), labio 10% (n=2) y frente 10% (n=2) (Gráfico 3).

Un 95% (n=19) de estos CEC correspondió a lesiones primarias; 1 paciente (5%) se registró como recurrencia, topografiada en mejilla al año del diagnóstico primario.

El tiempo promedio de evolución entre que el paciente notó la lesión y acudió a la consulta en el servicio fue de 7 meses (rango de 2 meses a 6 años). El tamaño promedio fue de 2.2x1.9 cm (rango de 8.5x6 cm topografiado en pierna a 0.6x0.5 cm topografiado en oreja).

En cuanto a las características histológicas de estas lesiones, un 50% (n=10) se correspondió con carcinomas escamocelulares moderadamente diferenciados, un 30% (n=6) bien diferenciados y un 20% (n=4) pobremente diferenciados (Gráfico 4).

Un 70% (n=14) de los carcinomas escamocelulares presentaba ulceración.

En cuanto a la invasión regional, no recogimos pacientes con ganglios clínicamente positivos, y hubo 2 pacientes que presentaron positividad imagenológica mediante tomografía.

Un 40% (n=8) de los pacientes estudiados presentaba antecedentes de cáncer de piel. No tuvimos registro de pacientes inmunodeprimidos y no encontramos registro de radioterapia previa en ningún caso.

El tratamiento de resección oncológica se realizó en un 65% (n=13) de los casos mediante cirugía micrográfica de Mohs y en un 35% (n=7) mediante escisión convencional con márgenes preestablecidos (4-10 mm).

En cuanto al seguimiento, un 25% (n=5) de los pa-

cientes mantuvo controles hasta la fecha del estudio, concurriendo tanto a curaciones, control con resultado de Anatomía Patológica y posteriormente al menos 2 controles por año con el equipo de Cirugía Plástica o Dermatología (Tabla II).

Destacamos que no fue posible la valoración de las siguientes variables para ambos subtipos histológicos de carcinomas cutáneos, ocupación y antecedentes de fotoexposición, dado que no constataban dichas características en casi ninguna de las historias clínicas analizadas.

Discusión

El cáncer de piel no melanoma es el tumor maligno más frecuente en algunas poblaciones, particularmente en aquellas que poseen fototipos claros de piel.⁽³⁻⁵⁾ El 90.7% de la población uruguaya es de ascendencia étnica blanca.⁽⁶⁾ Uruguay es un país ubicado en América del Sur y se encuentra íntegramente en la zona templada. La temperatura media del país es de 17.5 °C, con temperaturas máximas registradas en verano de 44°C. Cuenta con 660 km de costas y las praderas o campos naturales equivalen al 77% del territorio. Los principales ingresos económicos del país provienen del sector agrícola ganadero.⁽⁷⁻⁹⁾ Considerando estos datos, podemos decir que la población uruguaya posee un riesgo multifactorial para padecer cáncer de piel, ya sea por su ascendencia étnica blanca, climatología del país y exposición solar laboral – recreacional.

El sistema de salud uruguayo incluye el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que pretende una cobertura universal, con accesibilidad a todos los servicios de salud y equidad de prestaciones, atención integral y preventiva. Integra tanto prestadores privados como públicos. Está financiado a través del Fondo Nacional de Salud, un fondo único, público y obligatorio, con un componente contributivo (hogares y empresas) y un componente de rentas generales del estado. El resto de las personas que no aportan al Fondo Nacional de Salud se atienden en ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado), cuya cobertura está financiada por rentas generales y acceden al mismo plan de beneficios que los usuarios del SNIS.⁽¹⁰⁾

El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de Montevideo es un hospital público universitario, gestionado por la Universidad de la República, que funciona como hospital general de adultos, de referencia nacional en lo que compete. Está inserto en el SNIS y además es abierto a la comunidad, en el sentido de que brinda atención a todas las personas independientemente de su condición social.

Tabla I. Resumen de los casos recogidos de carcinoma basocelular (CBC).

CARCINOMA	CBC
Total	73 % (n = 55)
Sexo	51 % (n = 28) 49 % (n = 27)
Edad promedio	68.7 años (40 – 91 años)
Antecedente cáncer de piel	36 % (n = 20)
Topografía mas frecuente	Nariz 27.7% (n = 15)
Recurrencia	3.6 % (n = 2)
Tiempo de evolución	28 meses (8 meses – 6 años)
Tamaño promedio	2.1 x 1.3 cm (0.6 x 0.5 cm - 10 x 6 cm)
Ulceración	9 % (n = 5)
Subtipo mas frecuente	Micronodular 31 % (n = 17)
Cirugía de Mohs	60 % (n = 33)
Seguimiento	60 % (n = 33)

Tabla II. Resumen de los casos recogidos de carcinoma espinocelular (CEC)

CARCINOMA	CEC
Total	27 % (n = 20)
Sexo	70 % (n = 14) 30 % (n = 6)
Edad promedio	73.4 años (39 – 94 años)
Antecedente cáncer de piel	40 % (n = 8)
Topografía más frecuente	Cuero cabelludo 25 % (n = 5)
Recurrencia	5 % (n = 1)
Tiempo de evolución	7 meses (2 meses – 6 años)
Tamaño promedio	2.2x1.9 cm (0.6 x 0.5 cm – 8.5 x 6 cm)
Ulceración	70 % (n = 14)
Diferenciación	Moderadamente diferenciado 50 % (n = 10)
Cirugía de Mohs	65% (n = 13)
Seguimiento	25 % (n = 5)

Es de destacar que además recibe y da atención a casos complejos derivados de otras instituciones de salud.

La muestra de carcinomas de piel recogida en nuestro estudio fue de 64 pacientes con 75 carcinomas. Recordamos que obtuvimos esta muestra mediante el registro de los pacientes presentados en sesión clínico-quirúrgica de la Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados, lo cual implica un sesgo poblacional ya sea por la extensión lesional de los carcinomas o por presentar el paciente ciertas comorbilidades que obliguen a que el tratamiento se realice en quirófano. Esto genera un subregistro de los casos más simples y diferentes características en nuestra población, siendo los casos más complejos los atendidos en nuestro centro y por tanto los recogidos en nuestro estudio. Debido a esto, somos conscientes de que la muestra no es representativa de todos los pacientes tratados por la Unidad Académica de Cirugía Plástica, ni de todos los carcinomas atendidos en nuestro hospital, ya que los casos de menor extensión lesional son tratados en consultorio – policlínica tanto por Cirugía Plástica como por Dermatología. Aun así consideramos que el presente estudio resulta de interés dado que el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela atiende a un gran porcentaje de la población uruguaya, sabiendo además que los casos que llegan al bloque quirúrgico son los más complejos, por lo que consideramos necesario conocer las características y los factores pronósticos de estas lesiones atendidas para poder abordar mejor cada caso en particular, teniendo en cuenta los diferentes riesgos, y mejorar a futuro la actividad asistencial.

En cuanto al porcentaje de los carcinomas cutáneos registrados en nuestro trabajo, un 73% CBC y un 27% CEC, vemos que las cifras son similares a las registradas en la bibliografía revisada, en la que existe un claro predominio de los CBC sobre los CEC, tanto en resultados a nivel nacional como internacional.^(2-4,11-18)

A nivel nacional, el registro de todos los tipos de cánceres se realiza a través del Registro Nacional de Cáncer - Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Uruguay posee una incidencia anual de 2.938 cánceres de piel de tipo no melanoma (93.7%) y 245 correspondientes a melanoma cutáneo (7.6%). Dentro de los carcinomas no melanoma, la incidencia fue de 2.297 CBC (78.1%) y 583 CEC (19.8%), correspondiendo 58 casos (1.97%) a otros cánceres de piel. En cuanto al cáncer de piel no melanoma se ingresa un único CBC por persona y hasta 2 CEC localizados en distintos sectores del cuerpo, por lo que podemos decir que existe un subregistro a nivel nacional.⁽²⁾

Entre los estudios internacionales destacan algunos en los que se observan datos similares. Sella y col., en un estudio realizado en Israel, determinaron la incidencia

de melanoma, CBC y CEC entre 1.7 millones de miembros de Maccabi Healthcare Services de 2006 a 2011, con registros de 16.079 CBC, 4767 CEC y 1264 melanomas invasivos.⁽¹¹⁾ Rubió-Casadevall y col. analizaron la incidencia de los cánceres de piel no melanoma en el período entre 1994 – 2012 registrados en el Registro de Cáncer de Girona, España, contabilizando 14.389 casos de carcinomas no melanomas, con 10.729 CBC y 3.474 CEC.⁽¹²⁾

Existe consenso internacional acerca de que es muy difícil registrar estos datos de forma exhaustiva, ya que la mayor parte de las veces son tumores cuyo tratamiento no requiere internación y se resuelven en el propio consultorio del dermatólogo o cirujano plástico. Esto implica la necesidad de tomar con precaución las cifras presentadas para este tipo de cáncer.

La edad promedio de diagnóstico en nuestra serie de casos fue de 68 años para los CBC y de 73 años para los CEC. Estos datos coinciden con las diferentes series internacionales que registran la gran mayoría de este tipo de tumores entre los 60 y los 80 años, con un incremento en su frecuencia de presentación a medida que aumentan los años de vida, acorde con el concepto de daño acumulado. Mencionamos que la población uruguaya se conoce como una población envejecida, con una esperanza de vida de 80 años para el sexo femenino y de 73 años para el sexo masculino^(11-13,15-18)

Eroğlu y col. realizaron un análisis retrospectivo para identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de una enfermedad recurrente locorregional en pacientes con carcinoma primario de células escamosas de la piel. Incluyeron 1.039 pacientes tratados desde enero de 1980 hasta diciembre de 1989 en el Hospital de Oncología de Ankara (Turquía). La recurrencia locorregional ocurrió en 187 casos (18%). Se demostró que la ubicación, el tamaño del tumor, la edad del paciente, el estado de los ganglios linfáticos, el estadio tumoral, el grado histopatológico y la modalidad de tratamiento estaban asociados con un mayor riesgo de recurrencia locorregional.⁽²⁰⁾

La NCCN (*National Comprehensive Cancer Network – Red Nacional Integral del Cáncer*), una alianza de 33 centros oncológicos en EE.UU., reconoce además de estos factores anteriormente mencionados otras características tanto propias de los pacientes como de los carcinomas que aumentan el riesgo de recurrencia para los CBC y de recurrencia y metástasis para los CEC. Los criterios que toma en cuenta son: localización, tamaño, definición de los bordes, presencia de recidiva, inmunosupresión, asiento en un sitio que previamente recibió radioterapia, subtipo histológico del tumor y presencia o no de invasión perineural. En el caso de los CEC agrega: crecimiento rápido del tumor, grado de diferenciación histológica, profundidad de invasión e invasión linfática o vascular.^(3,4)

En los pacientes de nuestra serie, un 87.2% (n=48) de los CBC y un 9 % (n=18) de los CEC se topografiaron en cabeza y cuello, áreas de fotoexposición frecuente. Un gran porcentaje de los pacientes presentaba antecedentes de cáncer de piel (60% aproximadamente). Sabemos que tener un carcinoma predispone a nuevos carcinomas en la evolución. Según diferentes estudios entre el 30 y el 50% de los CBC y el 13% al 50% de los CEC desarrollarán otro carcinoma en un plazo de 5 años, lo cual representa un riesgo 10 veces mayor en comparación con el de la población general.^(3,4)

El tipo de piel es un factor fundamental en relación con el riesgo de desarrollar cáncer de piel. Las personas de fototipo bajo tienen más riesgo de padecer este tumor que las de fototipo alto.⁽³⁻⁵⁾ En un gran número de las historias clínicas no contábamos con datos del tipo de piel y de los antecedentes de fotoexposición de los pacientes. Para buscar una solución a este problema, actualmente nos encontramos realizando historias clínicas precodificadas a fin de poder realizar un futuro estudio prospectivo.

En cuanto a los subtipos tumorales registrados en los pacientes de nuestro estudio, en el caso de los CBC un 60% (n=33) correspondieron a subtipos de alto riesgo de recidiva: 30.9% (n=17) micronodulares, 25.4% (n=14) infiltrantes, y 5.1 % (n=3) al subtipo basoescamoso. En las diferentes series internacionales, el mayor porcentaje corresponde a subtipos de bajo riesgo como el nodular y superficial. En cuanto a los CEC, en nuestra serie un 20% (n=4) correspondieron a carcinomas pobremente diferenciados; si bien no fue el subtipo que obtuvo el mayor registro reconocemos esta característica como un elemento de muy alto riesgo de recidiva y muerte por la enfermedad. Somos conscientes de que estas cifras son diferentes a las de la mayoría de los estudios, dada la forma de derivación de los pacientes atendidos en nuestro servicio.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Dentro de las características de los CBC, un bajo porcentaje de los carcinomas presentó ulceración según los registros de las historias clínicas revisadas en nuestro estudio (n 5 = 9%), en relación a la práctica clínica donde esta característica es frecuentemente observada. Pensamos que esto puede ser secundario a la falta de registro de este dato por parte de los equipos médicos atendientes. Clásicamente la NCCN considera esta característica como un factor de mal pronóstico; hoy en día sabemos que es parte de la evolución de la enfermedad, por lo que puede indicarnos el diagnóstico tardío de los casos.

En un 60% de nuestros casos se realizó tratamiento mediante cirugía de Mohs. La NCCN propone dicha técnica como el estándar ideal para la resección de este tipo de tumores.^(3,4) Destacamos al Hospital de Clínicas como el único centro de salud pública que realiza esta

técnica en el país, la cual se comenzó a implementar en el hospital en noviembre de 2013 junto con el equipo de Dermatología.⁽¹⁸⁾ En el centro, en la Cátedra de Cirugía Plástica, priorizamos su utilización cuando se trata de lesiones con alto riesgo de recidiva y/o lesiones ubicadas en zonas donde es de suma importancia el ahorro de tejido, ya que permite un mayor control de los márgenes, con mayor tasa de curación y menor índice de recurrencia, mayor preservación de márgenes sanos y confirmación anatomopatológica en el momento, lo que facilita la reconstrucción en el acto del defecto postextirpación tumoral.

En cuanto al seguimiento de los pacientes, un importante porcentaje del total de los pacientes asistidos en nuestro centro en el periodo de estudio (57% de los pacientes asistidos, n=37, de los cuales 22 padecían CBC y 15 CEC) no logra un seguimiento adecuado, existiendo deserción en los controles ya sea en el postoperatorio o durante los controles con resultado de Anatomía Patológica o en los controles de seguimiento semestral. Contamos con una gran población de pacientes de bajos recursos, a los cuales muchas veces se les hace difícil la asistencia al hospital por motivos económicos y/o laborales. A nivel internacional se estima que la alta prevalencia de inasistencia a consultas puede estar relacionada con las características socioculturales, factores relacionados con el sistema de salud y el tipo de especialidad médica.^(21,22) Este es un factor limitante para su control, para la detección temprana de nuevos tumores o de recidivas y para la posibilidad de realizar el seguimiento a largo plazo con el fin de realizar estudios.

A pesar de que la falta de una forma protocolizada de recogida de datos nos ha impedido acceder a algunos datos que consideramos de interés (fototipo de piel o fotoexposición habitual), consideramos que los datos que aportamos en el presente estudio resultan de interés para tener una muestra de la incidencia de tumores cutáneos en Uruguay. Creemos que es interesante llevar a cabo estudios similares de forma prospectiva en nuestro centro y en otros centros nacionales de referencia a fin de reflejar de forma más exacta y completa las características reales de los cánceres de piel y de la población a la que afectan, a fin de poder identificar mejor los factores pronósticos y de riesgo, principalmente en relación a las recidivas en estos casos.

Conclusiones

Nuestro estudio permitió conocer las características epidemiológicas de los pacientes atendidos en un periodo de 2 años por la Unidad Académica de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Hospital de Clínicas Dr.

Manuel Quintela de Montevideo, Uruguay. A partir del mismo, podemos observar fortalezas y debilidades en la atención de estos pacientes.

Creemos que una de las principales fortalezas de nuestra revisión es el acceso de los pacientes atendidos en nuestro centro a la cirugía micrográfica de Mohs, la cual se ha convertido en el estándar de tratamiento para los pacientes atendidos por el equipo. En cuanto a las principales debilidades destacamos la falta de datos en las historias clínicas y el registro no estandarizado de estos datos, así como la falta de adherencia de los pacientes con el seguimiento postoperatorio, lo cual dificulta la valoración prospectiva de algunas características de interés para la prevención tumoral y el diagnóstico y tratamiento precoz de las recidivas.

Destacando el cáncer de piel como un importante problema de salud en nuestro país, nos planteamos a partir de los resultados obtenidos la mejora en la recogida de datos clínicos de los pacientes en las historias clínicas y la necesidad de llevar a cabo estudios similares multicéntricos con los principales centros sanitarios del país, a fin de proponer estrategias comunes de prevención y atención a nivel nacional.

Bibliografía

1. **Instituto Nacional de Estadística.** Población preliminar Censo 2023. Noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/poblacion-preliminar-3444263-habitantes#:~:text=Instituto%20Nacional%20de%20Estad%20C3%ADstica,Instituto%20nacional&text=La%20poblaci3n%20preliminar%20estimada%20seg3n,y%20el%2052%25%20a%20mujeres.>
2. **Comisión contra el cáncer, Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer.** Compromiso de gestión mayo 2023. Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer—2023-uc108>
3. **National Comprehensive CancerNetwork 2024.** Basal Cell Skin Cancer. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf
4. **National Comprehensive Cancer Network 2024.** Squamous Cell Skin Cancer. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/squamous.pdf
5. **Karagas MR, Weinstock MA, and Nelson HH.** Keratinocyte Carcinomas. En: Schottenfeld D and Fraumeni JF (eds), Cancer epidemiology and prevention. 3rd ed. Oxford University, 2006. p.1230.
6. **Instituto Nacional de Estadística.** Población, por ascendencia étnico-racial según departamento 2011. Disponible en: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/anuario-estadistico-nacional-2023-volumen-n-100/21-informacion-censal-10>
7. **Cracco M, García L, González E, Rodríguez L, Quintillán A.** Importancia global de la biodiversidad del Uruguay. Sistema Nacional de Áreas Protegidas. Junio 2007. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-ambiente/sites/ministerio-ambiente/files/documentos/publicaciones/dt1_cracco-gonzalez-rodriguez-final.pdf
8. **Instituto Nacional de Estadística.** Principales registros climáticos por año, según concepto. Disponible en: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/anuario-estadistico-nacional-2023-volumen-n-100/12-clima/121-principales>
9. **Embajada de la República Oriental del Uruguay en la República Argentina.** Información Uruguay. Disponible en: <https://embajadadeluruguay.com.ar/datosbasicos>
10. **Organización Panamericana de la Salud.** Organización Mundial de la Salud. Funcionamiento del Sistema de Salud en Uruguay. Principios, modelo de financiamiento, gestión y atención. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2021-12/Digital_Funcionamiento%20del%20sistema%20de%20salud%20de%20Uruguay.pdf
11. **Sella T, Goren I, Shalev V, Shapira H, et al.** Incidence trends of keratinocytic skin cancers and melanoma in Israel 2006-11. *The British J of Dermatol.* 2015;172(1):202-207.
12. **Rubió-Casadevall J, Hernandez-Pujol AM, Ferreira-Santos MC, et al.** Trends in incidence and survival analysis in non-melanoma skin cancer from 1994 to 2012 in Girona, Spain: A population-based study. *Cancer Epidemiol.* 2016;45:6-10.
13. **Bárzaga V, Oscar H.** Caracterización clínica e histopatológica del cáncer cutáneo no melanoma. *AMC [online]* 2010;14(3).
14. **Ramos P, Cañete F, Dullak R, Bolla L, Centuri3n N, Centuri3n A, et al.** Epidemiología del cáncer de piel en pacientes atendidos en la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay (2008-2011). *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)* 2012;45:49-7015.
15. **Magliano J.** Cirugía Micrográfica de Mohs en Uruguay: primeros 130 casos. *Rev. Méd. Urug.* [online]. 2018;34(1)
16. **Sialer M, Navarrete P.** Características epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma en militares, 2015-2016: Perú. *Rev. Argent. Dermatol.* 2017;98(4):1-10.
17. **Nova J, Sánchez G, Porras de Quintana L.** Cáncer de Piel: Perfil Epidemiológico de un Centro de Referencia en Colombia 2003-2005. *Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.* 2007. *Rev. salud pública.* 2007;9 (4):595-601.
18. **González V, Busso S, Leitner R, Casas G, Larralde M.** Estudio epidemiológico del carcinoma basocelular en un hospital de la comunidad. *Dermatol Argent* 2009;15(1):37-43.
19. **Paredes M.** Demografía y seguridad social en Uruguay. Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/4747/1/0998_demo-grafia-y-seguridad-social-en-uruguay.pdf
20. **Eroğlu A, Berberoğlu U, Berreroğlu S.** Risk factors related to locoregional recurrence in squamous cell carcinoma of the skin. *J of Surg. Oncol.* 1996;61(2), 124-130.
21. **Rebolledo EA, Mesía R, Silva GB.** Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile. *Medwave*, 2014. Disponible en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2014.09.6023>
22. **Giunta D, Briatore A, Baum A, Luna D, et al.** Factores asociados con la no asistencia en las citas ambulatorias programadas de medicina clínica en un hospital general universitario. Preferencia y adherencia del paciente. *Patient Preference and Adherence Dovepress*, 2013;7:1163-1170.

