

"EPITELIOMA BASOCELULAR"

**Revisión y clasificación Histológica
de los casos de distintas zonas
geográficas de guatemala, estudiadas
en la sección de Patología del
Hospital Roosevelt, durante los
Años 1970 a 1979.**

MARIO RENE ALARCON AGUILAR

PLAN DE TESIS

1.- INTRODUCCION

2.- OBJETIVOS

3. HIPOTESIS

4. MATERIAL Y METODO

5. CONSIDERACIONES GENERALES

a.- EMBRIOLOGIA DE LA PIEL

b.- MICRO Y MACROANATOMIA DE LA PIEL

c.- EPITELIOMA BASOCELULAR

6.- PRESENTACION DE RESULTADOS

7. DISCUSION DE RESULTADOS

8. CONCLUSIONES

9. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La piel es el órgano más grande y complejo de nuestro cuerpo (12), que está localizada en íntima relación con el medio ambiente. Desempeña un papel importante para mantener en equilibrio el organismo, representando una barrera para contrarestar los gérmenes Patógenos (10).

La piel, como cualquier otro órgano del cuerpo, es susceptible de sufrir lesiones (12), locales ó generales, siendo afectada por enfermedades que se originan a expensas de los diferentes tejidos que la forman, que van desde simples inflamaciones hasta procesos neoplásicos malignos.

Entre las enfermedades neoplásicas de la piel, tenemos el EPITELIOMA BASOCELULAR, tumor destructivo que no presenta un riesgo de vida inmediato ó directo(8), pero si no se extirpa completamente, progresa en forma constante, conduciendo a la muerte, probablemente por invasión de las estructuras adyacentes(8). Se observa con más frecuencia en las personas de la piel blanca, en rubios y pelirrojos(12), también en personas que se exponen a los rayos del sol y al viento (6).

Por ser el EPITELIOMA BASOCELULAR el más comun de los tumores malignos de la piel (12) y no existiendo un estudio específico a nivel nacional, consideramos oportuno realizar este trabajo para conocer del mismo en nuestro medio.

Esta investigación se realizó en base a los estudios histopatológicos realizados en la sección de patología del Hospital Roosevelt de Guatemala, los cuales los consideramos que pueden tomarse como muestra representativa de nuestro país, ya que llegan muestras anatómicas de distintas zonas del mismo. Se realizó en una revisión de diez años (Enero de 1970 a Diciembre de 1979).

OBJETIVOS

Conocer la incidencia del Epitelioma Basocelular en nuestro medio.

Conocer la región anatómica donde más se presenta el Epitelioma Basocelular.

Conocer en qué región geográfica del país se presenta con mayor frecuencia el Epitelioma Basocelular.

Correlacionar el diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico.

Conocer su incidencia por sexo.

Realizar clasificación histológica de todos los casos de Epitelioma Basocelular estudiados, en base a la clasificación histológica de Walter F. Lever (Histopatología de la piel, quinta edición, editorial Inter-médica, Buenos Aires Argentina, 1979).

HIPOTESIS

- 1.- *La región anatómica, donde con mayor frecuencia se presenta el Epitelioma Basocelular es la cara.*
- 2.- *En el sexo masculino se presenta más frecuentemente el Epitelioma Basocelular.*
- 3.- *El diagnóstico clínico concuerda en un 75o/o con el diagnóstico Histopatológico.*
- 4.- *El Epitelioma Basocelular de variedad Quística, según clasificación histológica, es el que se presenta con mayor frecuencia.*

MATERIAL Y METODO

MATERIAL:

- 1.- *Fichas de informes histopatológicos con diagnóstico de EPOTELIOMA BASOCELULAR, encontrados en los archivos de la sección de patología del Hospital Roosevelt, de los años 1970 a 1979.*
- 2.- *Fichas clínicas de los pacientes con este diagnóstico, hospitalizados en el hospital Roosevelt de Guatemala durante los años 1970 a 1979.*
- 3.- *Laminillas de los cortes histológicos de muestras anatómicas del Epitelioma Basocelular, de los pacientes mencionados, encontradas en los archivos de la sección de patología del Hospital Roosevelt.*

METODO:

Científico por medio de los procedimientos inductivo y deductivo.

- 1.- *Se revisaron informes histopatológicos en los archivos de la sección de patología del hospital Roosevelt de Guatemala de los años 1970 a 1979.*
- 2.- *Se tomaron en cuenta los casos de Epitelioma Basocelular de los mismos años.*
- 3.- *Se utilizaron las fichas clínicas de los pacientes que hallados en estado hospitalizados en el hospital Roosevelt, en el tiempo mencionado, para investigar la procedencia y ocupación.*

4.- Se analizaron los parámetros siguientes: Edad, sexo, procedencia del paciente, región anatómica de la biopsia, diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico.

5.- Se realizó clasificación histológica de los Epiteliomas Basocelulares, en base a la clasificación de Walter Lever (Histopatología de la piel, Quinta edición, Editorial Inter-médica, Buenos Aires Argentina, 1979). Para esto se revisaron todas las laminillas de los cortes histológicos de los casos estudiados.

CONDICIONES GENERALES

a.- EMBRIOLOGIA DE LA PIEL:

Desde el punto de vista embriológico, el origen de la piel humana proviene del ECTODERMO Y MESODERMO.

a.1.- EPIDERMIS:

Es la capa más externa que cubre el embrión, siendo esta de origen Ectodérmico. En la sexta semana de vida embrionaria, se observa que en la mayoría de las zonas ya existen dos capas ectodérmicas, la más superficial llamada PERIDERMO ó EPITRIQUIO y siendo la más profunda la capa GERMINATIVA ó BASAL (12,10).

A las nueve semanas las células basales presentan movimiento ascendente, originando por mitosis múltiple las otras tres capas epiteliales que formarán la epidermis, siendo hasta el cuarto mes cuando adquiere su posición definitiva, las cuales son nombradas de la más interna a la más externa: ESTRATO BASAL, ESTRATO ESPINOSO, ESTRATO GRANULOSO, ESTRATO LUCIDO Y ESTRATO CORNEO.

El estrato germinativo embrionario se diferencia no sólo en células basales, sino también en zonas epiteliales primarias denominadas yema del pelo, que origina al pelo, el cual presenta sus primeras manifestaciones en las cejas y el cuero cabelludo en el tercer mes.

a.2.- DERMIS ó CORION:

En la sexta semana de vida embrionaria aparece como simple capa de mesénquina, esta capa aumenta de grosor en forma progresiva y se sub-divide en dos sub-capas, la superior en forma compacta y la inferior con tejido menos denso, que

formarán más tarde la Dermis e Hipodermis.

En el sexto mes aparecen la formación de fibras colagénas y las fibras elásticas que se formarán, en su mayoría, después del nacimiento (10).

b.- ANATOMIA MACRO Y MICROSCOPICA DE LA PIEL

La piel es una membrana que reviste el cuerpo humano. Estando compuesta de dos capas principales, siendo estas de afuera hacia adentro:

- 1.- Epidermis
- 2.- Dermis ó Corion.

Correspondiéndoles a estas el 15o/o del peso corporal total (12).

b.1.- EPIDERMIS:

Es la capa más superficial y a su vez, más delgada y avascular de la piel, con espesor que varía de 0.5 a 0.70 mm. (5). Por la superficie externa está en contacto con el medio ambiente y por la interna reposa en contacto con la Dermis.

Esta capa está constituida por dos tipos de células, los QUERATINOCITOS, siendo las células que sintetizan la queratina, constituyendo el 95o/o en número e importancia y las células DENDRITICAS, de origen neural, las cuales sintetizan la melanina y se denominan melanocitos.

Los Queratinocitos a medida que se diferencian en células córneas se disponen en cinco estratos: 1.- Estrato Basal Germinativo; 2.- Estrato Escamoso ó Espinoso; 3.- Estrato Granuloso, 4.- Estrato Lúcido, 5.- Estrato Córneo.

b.1.1.- ESTRATO DE CELULAS BASALES O GERMINATIVO:

Está constituido por una capa única, ocupando la zona más profunda de la Epidermis.

Estas células poseen un citoplasma intensamente basófilo, en el que se encuentran gránulos de pigmento melanínicos y lipódicos, su núcleo es oval ó alargado que se colorea de oscuro. Están conectadas entre si y con células escamosas subyacentes por medio de puentes ó desmosomas (4).-

Se le conoce como capa germinativa porque sus células tienen propiedades de reproducirse y formar las otras capas de la Epidermis, contando con un tiempo de reproducción celular de 19 días. (10).

b.1.2.- ESTRATO DE CELULAS ESCAMOSAS O ESPINOSA:

Se compone de cinco a diez capas de células poligonales, su protoplasma está rodeado por una membrana neta y de la cual parten hacia afuera abundantes terminaciones llamadas tonofibrillas, que sirven de unión entre células, dando ésto un aspecto espinoso. Es el estrato que posee mayor número de células y tiene la función de la síntesis de queratina.

b.1.3.- ESTRATO GRANULOSO:

Representa la zona queratogénica de la Epidermis. Está formada por células en forma de diamantes ó son planas, se encuentran llenas de gránulos de queratohialina, por la existencia de estos gránulos se le da el nombre de granulosa. El espesor varia, en áreas delgadas tiene una ó tres capas y áreas gruesas presenta más de diez (10).

b.1.4.- ESTRATO LUCIDO:

Consta de tres a cuatro capas de células planas, transparentes y refringentes, que contiene gotitas semilíquidas de Eleidina. Forma parte del área cornificada de la Epidermis, no se observa estructura celular, éste estrato tiene la propiedad de actuar como barrera contra la penetración de agua.

b.1.5.- ESTRATO CORNEO:

Lo constituyen de 25 a 30 capas de células planas muertas (2), parecidas a escamas, llenas de queratina, desprendiéndose de las capas más superficiales. El tiempo de tránsito celular en el estrato córneo es aproximadamente de 14 días y el tiempo total de renovación Epidérmica es aproximadamente de 59 a 75 días (10).-

b.2.- DERMIS O CORION:

Es una lámina fibrosa, cuyo espesor varía en un octavo de pulgada (12), es de origen Mesodérmico.

Está constituida por fibras colágenas y fibras elásticas, originándose de los fibroblastos. En ésta capa se aprecian vasos, nervios y linfáticos.

Se relaciona en su parte superior con la Epidermis, recibiendo el nombre de capa papilar, la cual se extiende ligeramente por debajo de las papilas, donde se funde con la capa Reticular, siendo ésta más gruesa, densa, menos celular y más vascular, recibe este nombre por formar una red.

En el seno de ésta capa se ramifican vasos sanguíneos, linfáticos, filetes de nervios y corpúsculos, que nutre e inervan la piel.

c.- EPITELIOMA BASOCELULAR:

Es un tumor de origen epitelial que proviene de las células basales o de estructuras que derivan de las mismas (6). Algunos autores los denominan Epitelioma, porque rara vez ó nunca dan metastasis (6,9,10,18,12).-

Es el más común de todos los tumores malignos de la piel (12). Presenta características destructivas y aunque no presenta un peligro inmediato para la vida del paciente, si no se extirpa a tiempo puede provocar la muerte por invasión y destrucción de tejidos vecinos y profundos (8,12).

c.1. FACTORES PREDISPONENTES:

Puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en los adultos arriba de los 50 años (12). Es frecuente en personas de la piel blanca que se exponen a la luz solar intensa. Se cree que existe una relación directa, pues los epitelomas aparecen con frecuencia en zonas descubiertas de la piel y que están expuestas al medio ambiente (6,12). Abarcando los mayores porcentajes en cara, cráneo y cuello, siendo muy rara su frecuencia en el tronco y mucosas (12). Este epitelioma presenta su mayor frecuencia en el sexo masculino. (19).

Se puede mencionar factores adicionales como: Exposición a grandes dosis de rayos X, cicatrices por quemaduras y otro tipo de cicatrices (10).

c.2. CUADRO CLINICO:

El epitelioma basocelular comienza por nódulo discreto, plano ó de forma esferoide, de color igual al de la piel. Presenta bordes aperlados y elevados, con una depresión central. Generalmente se encuentra una úlcera en el centro, no es raro encontrar telangiectasias en el contorno del tumor (6).

Cuando está incluido en la piel presenta un aspecto de rojo salmón ó rosada, lisa y brillante ó cubierta de minúsculas escamas blanquecinas y secas (12). Este epiteloma es de crecimiento lento, conforme va creciendo forman escamas y costras, que al desprenderse dejan aparecer una superficie ulcerada, con frecuencia sangrante(12).

Al crecer por su periferia y la aparente cicatrización parcial del centro, es uno de los valores macroscópicos para su diagnóstico.

Clínicamente segun Lever (10), se distinguen siete tipos de Epiteliomas Basocelular:

- 1.- Epitelioma Basocelular Nódulo Ulcerativo (el tipo más común).
- 2.- Epitelioma Basocelular pigmentado.
- 3.- Epitelioma Basocelular Fibrosante ó Morfea.
- 4.- Epitelioma Basocelular Superficial (aparece en el tronco).
- 5.- Fibro Epitelioma (aparece en el dorso).
- 6.- Síndrome de Epitelioma Basocelur Nevoide.
- 7.- Nevo basocelular lineal y Nevo Basocelular Folicular (ambos muy raros).

c.3. HISTOPATOLOGIA:

El Epitelioma Basocelular presenta células con núcleo grande, oval ó elongado, posee poco citoplasma, no tiene puentes de unión, siendo esta su diferencia con las células basales de la piel normal (7), éstas células por las características mencionadas reciben el nombre de Basaliomas (10).

Desde el punto de vista histológico según Lever y Argüellas (10,7), los Epiteliomas Basocelulares, se dividen en dos grupos:

- 1.- Indiferenciados
- 2.- Diferenciados.

- 1.- Los epiteliomas que no presentan diferenciación se denominan Sólidos.
- 2.- Los diferenciados son aquéllos que histológicamente presentan características de los anexos de la piel (pelo, glándulas: sebáceas, apócrinas y ecrinas):
 - a) El epitelioma Queartósico presenta direnciación hacia pelo.
 - b) El epitelioma Quístico presenta diferenciación hacia glándulas sebáceas.
 - c) El epitelioma adenoide presenta diferenciación hacia glándulas apócrinas ó Ecrinas.

EPITELIOMA BASOCELULAR SOLIDO:

Es llamado de tipo primario, se ubica en la Dermis, estando conectadas en el 90o/o células tumorales y Epidermis supercial y puede encontrarse en contacto con la vaina pilosa externa.

Los núcleos de las células que forman la masa se disponen de modo distinto: las hileras periféricas, en forma de empalizadas, las del centro se ubican al azar. En la dermis puede presentarse reacción inflamatoria moderada, frecuentemente en los de más rápido crecimiento (7).

EPITELIOMA BASOCELULAR QUERATOSICO:

Es también llamado de tipo piloso, presentando en su estructura:

- a.- Células tumorales indiferenciadas
- b.- Células paraqueratósicas y quistes corneos.

Se encuentran en las células paraqueratósicas núcleos elongados y citoplasmas ligeramente eosinofílico, con tendencia a rodear en forma espiral a los quistes corneos. La queratinización parcial produce bandas y espirales, y la completa produce quistes corneos.

EPITELIOMA BASOCELULAR QUISTICO:

Este epiteloma muestra espacios en las masas tumorales, llamados quistes y segun Lever y Argüelles, puede ser de tres tipos:

- 1.- Por degeneración del estroma incluido en el tumor.
- 2.- Por la degeneración de las masas neoplásicas.
- 3.- Por la diferenciación de las células del centro del tumor hacia células sebáceas y desintegración consecutiva de éstas mismas.

EPITELIOMA BASOCELULAR ADENOIDE:

Las disposición de las células sugieren estructuras tubulares de tipo glandular. Las células se reparten en cordones entrelazados, y al rededor de tejido conectivo, observándose un tumor en encaje.

c.4. EVOLUCION:

Por lo general evoluciona lentamente y sin prodromos, su curso es lento, progresivo y puede durar varios años para aumentar unos pocos mm(10). El tumor infiltra localmente, limitándose a ganglios linfáticos regionales y a visceras, siendo las más afectadas los pulmones, pleura, higado y huesos (10).

Las lesiones más serias son consecutivas a la infiltración de

los tejidos subyacentes, tales como conjuntivas, tejido ocular y otros (12).

c.5. DIAGNOSTICO:

Por su forma de distribución, aparecimiento en regiones anatómicas expuestas al medio ambiente, por su evolución y edad del paciente, es fácil sospechar el diagnóstico de esta neoplasia, pero siempre se realiza el diagnóstico con exámenes histopatológicos, por biopsia excisional ó incisional (14). Ya mencionamos sus características histológicas.

Cuando más precoz sea el diagnóstico, los resultados terapéuticos y su pronóstico serán más satisfactorios (14).

c.6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En algunas oportunidades puede ser difícil diferenciarlo del carcinoma de células escamosas. Para su diferenciación, la mayoría de las células del Epitelioma Basocelular son basofílicas y la mayoría del carcinoma de células escamosas son eosinofílicas, por su Queratinización parcial, al menos en los grados I y II. En los grados III y IV del carcinoma de células escamosas, por falta de queratinización, sus células parecen basofílicas, pero se diferencian del Epitelioma Basocelular por presentar mayor atípia de sus núcleos y formas mitóticas.

Es difícil diferenciar el Tricoepitelioma Múltiple del Epitelioma Basocelular Queratósico, solo por histología, por lo que es importante en muchos casos conocer los datos clínicos para llegar a una conclusión. Es difícil también diferenciar el Tricoepitelioma múltiple del epitelioma basocelular nevoide, por lo que también son necesarios datos clínicos, tal como que en el Tricoepitelioma las lesiones se presentan casi siempre en el pliegue nasolabial, son pequeñas y casi no se ulcera, mientras que el epitelioma basocelular nevoide las lesiones se destrubuyen al azar,

pueden alcanzar tamaños considerables, ulcerarse y tomar un crecimiento destructivo.

c.7. TRATAMIENTO:

Por su evolución lenta y ser radiosensible, es el tumor maligno de más fácil curación cuando se diagnóstica y se da tratamiento precoz (12) En vista que son numerosos los métodos terapéuticos que se aconsejan, sólo mencionaremos lo más recomendados y que han obtenido mejores resultados.

CIRUGIA:

Tiene por objeto la extirpación total de tumores en una sola sesión, obteniéndose buenos resultados con los tumores pequeños y medianos. En las lesiones de 2 cm. de diámetro ó menores, que tiendan a permanecer en el mismo sitio de su origen, está indicado realizar una biopsia excisional, con márgenes quirúrgicos de 0.5 a 1 cm., lo que establece una terapia definitiva (14).

En lesiones de mayor tamaño es indispensable practicar una amplia extirpación, realizando un corte que tenga 1 cm. ó más después del borde activo de la lesión, siendo necesario recurrir a la cirugía plástica (12). La cirugía tiene la ventaja de ser un método siempre, sencillo, realizado en una sola consulta y la herida cierra en pocos días, siendo su inconveniente, cuando se localiza en regiones de difícil acceso ó pacientes en constante movimiento.

RADIOTERAPIA:

Es igualmente tan efectiva como la cirugía, puede emplearse cuando la biopsia excisional muestra márgenes quirúrgicos inadecuados (14).

Está indicada en enfermos de edad avanzada ó cuando el tumor se localiza en regiones de difícil acceso a la cirugía (ángulo interno del ojo, canthus ocular, párpado inferior). Es un método indoloro, no sangrante y no necesita plástia posterior de la región.

Presenta mejores resultados terapéuticos en tumores pequeños y jóvenes aplicandoseles dosis total de 2000 a 5000 r, en varias sesiones pero si son muy avanzados y grandes se combinan las técnicas cirugíaradiaciones, iradiando el área reseca (912).

Tiene la desventaja de ser un método prolongado de 6 a 8 sesiones, puede presentar inflamación de variable intensidad, quedando contraindicada en aquellas lesiones que envuelven hueso ó cartilago, excluyendo la mano (14).

QUIMIOTERAPIA:

Este tipo de terapia se emplea para los tumores recurrentes que no son manejables por cirugía ó radioterapia. Se caracteriza por el uso local de drogas citotóxicas que se aplican por vía intra lesional, cremas y curas oclusivas, que tiene un efecto tóxico ó inhibidor del crecimiento de las células neoplásticas.

QUIMIOCIRUGIA:

También llamado método de Mosh, consiste en la aplicación de una pasta de cloruro de zinc al 34o/o y otro ingrediente, como un agente fijador en la región enferma, se deja 24 hrs. y luego se reseca quirúrgicamente el tejido necrosado, para realizar exámenes histológicos.(12).

Está indicado en los tumores múltiples de una sola región, para tratar epitelomas recidivantes a varios tratamientos. Tiene

como desventaja ser un procedimiento doloroso y complicado, que deja cicatrices.

c.8. PRONOSTICO:

Los Epiteliomas Basocelulares son fácilmente curables (más del 90o/o de posibilidades de curabilidad), siempre y cuando el diagnóstico y el tratamiento se efectue precozmente (14).

PRESENTACION DE RESULTADOS DE LOS CASOS ESTUDIADOS DEL EPITELIOMA BASOCELULAR.

TABLA No. 1

DISTRIBUCION DE LOS 254 CASOS DE EPITELIOMA
BASOCELULAR DE ACUERDO A SU SEXO.

	CASOS	o/o
Femenino	140	55.12
Masculino	114	44.88
TOTAL	254	100.00

Como se puede notar, el sexo femenino ocupa el primer lugar con 140 casos (55.12o/o).

TABLA No. 2

DISTRIBUCION DE LOS 254 CASOS DE EPITELIOMA
BASOCELULAR DE ACUERDO A SU EDAD.

AÑOS	CASOS	o/o
0 a 10	4	1.57
11 a 20	1	0.39
21 a 30	6	2.36
31 a 40	21	8.27
41 a 50	28	11.02
51 a 60	53	20.87
61 a 70	69	27.17
71 a 80	42	16.54
81 a 90	23	9.06
91 a 100	3	1.18
Inespecíficos	4	1.57
TOTAL	254	100.00

Observando éste cuadro, si unimos las dos décadas de 50 a 70 años, se nota la alta incidencia en estos años, alcanzando 47.41o/o, estando de acuerdo con muchos autores, que refieren que éste Epitelioma es más frecuente arriba de los 50 años. (12). Es importante mencionar los cuatro casos comprendidos de 0 a 10 años, siendo éste tumor raro en esta edad.

TABLA No. 3

DISTRIBUCION DE LOS 254 CASOS POR
FRECUENCIA EN AÑOS

AÑO	CASOS	o/o
1979	30	11.81
1978	25	9.84
1977	33	12.99
1976	28	11.02
1975	25	9.84
1974	26	10.24
1973	32	12.60
1972	23	9.06
1971	22	8.66
1970	10	3.94
TOTAL	254	100.00

TABLA No. 4

DISTRIBUCION DE LOS 254 CASOS DE EPITELIOMA BASOCELULAR DE ACUERDO A SU PROCEDENCIA.

	CASOS	o/o
1.- Guatemala	74	29.13
2.- Zacapa	39	15.36
3.- Huehuetenango	22	8.66
4.- Quetzaltenango	19	7.48
5.- Jalapa	12	4.73
6.- Sta. Rosa	10	3.94
7.- Retalhuleu	9	3.54
8.- Jutiapa	9	3.54
9.- Suchitepéquez	4	1.58
10.- Escuintla	3	1.18
11.- San Marcos	3	1.18
12.- Sololá	3	1.18
13.- Puerto Barrios	3	1.18
14.- Petén	3	1.18
15.- Chimaltenango	2	0.79
16.- Progreso	2	0.79
17.- Quiché	1	0.39
18.- Antigua Guatemala	1	0.39
19.- Desconocidos	35	13.78
TOTAL	254	100.00

Esta tabla nos indica que el departamento de Guatemala aparece con mayor número de casos (74 casos: 29.13o/o), estos puede deberse por presentar mayor número de habitantes.

TABLA No. 5

DISTRIBUCION DE LOS 254 CASOS DE EPITELIOMA BASOCELULAR DE ACUERDO A SU DIAGNOSTICO CLINICO Y SU CONCORDANCIA CON EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

	CASOS	o/o
Concordantes	127	50.00
Discordantes	116	45.67
No Aparecen	11	4.33
TOTAL	254	100.00

Llama la atención que el 45.67o/o tenía un diagnóstico clínico discordante y que sólo el 50.00o/o fueron concordantes. 11 casos no presentan su diagnóstico clínico.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS 112 CASOS DE EPITELIOMA BASOCELULAR DE ACUERDO A LA OCUPACION, LOS CUALES FUERON INTERNADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.

	CASOS	o/o
1.- Oficios Domésticos	57	50.89
2.- Agricultor	20	17.86
3.- Jornalero	6	5.36
4.- Albañil	2	1.79
5.- Maquinista	2	1.79
6.- Piloto Automovilista	2	1.79
7.- Telegrafista	2	1.79
8.- Estudiante	2	1.79
9.- Sastre	2	1.79
10.- Maestra	1	0.89
11.- Pre-escolar	1	0.89
12.- Comerciante	1	0.89
13.- Locutor	1	0.89
14.- Oficinista	1	0.89
15.- Masajista	1	0.89
16.- Alfarero	1	0.89
17.- Motorista	1	0.89
18.- Tenedor de libros	1	0.89
19.- Radio-Técnico	1	0.89
20.- Joyero	1	0.89
21.- Electricista	1	0.89
22.- No trabaja	3	2.68
23.- No aparece	2	1.79
TOTAL	112	100.00

En el cuadro anterior se aprecia que las personas con oficios domésticos ocupan el primer lugar (50.89o/o), seguido de los Agricultores. No unimos estos dos últimos, para apegarnos estrictamente a su oficio apuntado en el registro clínico.

De los 145 casos que fueron internados en el hospital Roosevelt de Guatemala, sólo se encontraron 112 fichas clínicas, de los 33 casos restantes fue imposible encontrarlas.

TABLA No. 7

CLASIFICACION DE LOS 254 CASOS DE EPITELIOMA BASOCELULAR POR REGION ANATOMICA DE APARECIMIENTO.

	CASOS	o/o
1.- Cara	190	74.80
2.- Cráneo	23	9.06
3.- Miembro superior	5	1.98
4.- Tórax	3	1.18
5.- Cuello	2	0.79
6.- Miembro inferior	2	0.79
7.- Prepucio	1	0.39
8.- Vulva	1	0.39
9.- Dorso-lumbar	1	0.39
10.- Pliegue inguinal	1	0.39
11.- Axila	1	0.39
12.- Inespecífico	24	9.45
TOTAL	254	100.00

Es claro observar que las regiones anatómicas que se exponen más al medio ambiente ocupan mayores porcentajes. Si unimos los porcentajes de las regiones de la cara y el cráneo, les corresponderían el 83.86o/o de los 254 casos.

Como se puede ver, no se apuntan el área anatómica específica en 24 casos (inespecífico), en los cuales o no aparece ningún dato ó sólo indica biopsia de piel.

TABLA No. 8

CLASIFICACION DE LOS 190 CASOS DE EPITELIOMA BASOCELULAR ENCONTRADOS EN LA CARA, INDICANDO LA REGION ANATOMICA ESPECIFICA.

	CASOS	o/o
1. Nariz	52	27.37
2.- Párpados	43	22.63
a- párpado inferior	36	
b- párpado superior	2	
c- inespecífico	5	
3.- Mejilla	12	6.31
4.- Labios	11	5.79
a- labios superior	5	
b- labio inferior	2	
c- inespecífico	4	
5.- Peri-orbitario	11	5.79
6.- Malar	11	5.79
7.- Angulo Interno de ojo	6	3.16
8.- Angulo externo de ojo	1	0.53
9.- Surco nasogeniano	6	3.16
10.- Maxilar inferior	5	2.63
a- mandíbula	1	
b- mentón	4	
11.- Inespecífico	32	16.84
TOTAL	190	100.00

La nariz es la región anatómica de la cara donde más se presentó este Epitelioma, correspondiéndole un 27.37o/o (52 casos), a la vez es muy frecuente encontrarlos en la región de los párpados, con 22.63o/o, en 16.84o/o no específica el lugar de toma de la muestra.

TABLA No. 9

CLASIFICACION DE LOS 248 CASOS DE EPITELIOMA BASOCELULAR DE ACUERDO A LA CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LEVER.

TIPOS	CASOS	o/o
1.- Sólido	112	45.16
2.- Queratósico	57	22.99
3.- Adenoíde	32	12.90
4.- Quístico	29	11.69
5.- Adeno-Quístico	12	4.84
6.- Adeno Queratósico	4	1.61
7.- Quístico-queratósico	2	0.81
TOTAL	248	100.00

Este cuadro nos indica que de los 248 casos de Epitelioma Basocelular, conforme a su clasificación histológica, le corresponde el primer lugar al tipo Sólido con 112 casos (45.16o/o), seguido del tipo Queratósico con 57 casos (22.99o/o). En las formas mixtas el tipo Adeno-quístico ocupa el primer lugar con 12 casos (4.84o/o).

Del total de casos de Epiteliomas Basocelulares (254 casos) se encontraron 248 laminillas, por lo que no se clasificaron el resto (6 casos).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Nuestra investigación presenta mayor porcentaje de casos en pacientes de sexo femenino. Siendo lo contrario de otros estudios, tal como el del Dr. Héctor Gonzales (tesis de graduación médico-cirujano), que en una investigación realizada en el hospital General San Juan de Dios de Guatemala, en los años 1972 a 1976, encontró de 27 casos sólo 11 del sexo femenino (13). Así también el Dr. Shaw M. y colaboradores. En un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina, durante los años de 1969 a 1973 encontró de 377 casos, 160 del sexo femenino (15).

Obviamente el Epitelioma Basocelular es más frecuente a mayor edad. Nosotros encontramos aproximadamente el 75o/o de los casos arriba de los 50 años, lo cual está de acuerdo con lo referido por la literatura revisada. Este tumor es raro en los niños (10), en nuestro trabajo se encontraron cuatro casos, de los cuales el menor es de cuatro años.

En la sección de patología del hospital Roosevelt no se procesan muestras anatómicas de todo el país, pero sí llegan muestras de distintas áreas geográficas, por lo que nuestros resultados nos pueden dar una visión general de Guatemala. Esta visión general, nos demuestra que el Epitelioma Basocelular es más frecuente en la zona central, seguida de la zona oriental y posteriormente de la occidental. La mayor frecuencia en la zona central pueda deberse a que en la ciudad capital, que es de donde llegó el mayor número de casos, habita aproximadamente la quinta parte de la población del país.

Se cree que ésta neoplásia es de fácil diagnóstico clínicamente (12), nosotros encontramos un diagnóstico acertado en el 50o/o de los casos. Relativamente es alta la cantidad de los diagnósticos clínicos concordantes con el diagnóstico histopatológico, aunque creemos que éste porcentaje pueda ser más alto con mayor preocupación en la evaluación clínica.

Este tumor es de mayor incidencia en personas que se exponen al medio ambiente (10,12,13,6); Pero nosotros encontramos mayor número de casos en personas de oficios domésticos, siendo el doble en relación con Agricultor y Jornalero juntos, que son personas que trabajan expuestas al sol, al viento y además a otras exposiciones del medio ambiente. Podría tomarse en cuenta sobre este resultado, que el mayor número de casos se presentó en pacientes del sexo femenino y que en nuestro país, la mayoría de las mujeres se dedican al oficio hogareño.

Siendo la cabeza la parte de nuestro cuerpo, que raras veces no está expuesta al medio ambiente, es la que presenta mayor número de casos de Epitelioma Basocelular (10,13,11,16). Nuestros resultados son un claro reflejo de la conclusión anterior, pues nuestro mayor número de casos se presentaron en la cara, seguido de cráneo, esto está relacionado con la exposición de estas regiones al medio ambiente (radiaciones solares, viento y otros).

Decidimos realizar una clasificación histológica, en base a la clasificación de Lever, ya que esta nos pareció sencilla y adaptada a un trabajo retrospectivo, como éste. En esta clasificación presentó mayor número de casos el tipo histológico que no se diferencia a ningún anexo cutáneo, llamado Indiferenciado ó Sólido.

CONCLUSIONES

- 1.- Se encontraron 254 casos de Epitelioma Basocelular, estudiados en la sección de patología del hospital Roosevelt de Guatemala, durante los años de 1970 a 1979.
- 2.- El Epitelioma Basocelular se presentó con mayor frecuencia en la cara (74.80o/o), siendo las regiones de la cara más afectadas: La Nariz con 52 casos (27.37o/o) y párpados con 43 (22.63o/o), del total de epitelomas aparecidos en la cara.
- 3.- El mayor número de casos provino del departamento de Guatemala, siendo 74, que le corresponde 29.13o/o seguido por el departamento de Zacapa con 39 (15.36o/o).
- 4.- Se hizo diagnóstico clínico de Epitelioma Basocelular ó Carcinoma de Células Basales en 127 casos (50.00o/o).
- 5.- En el sexo femenino se presentó con mayor frecuencia esta neoplasia, siendo en 140 casos que le corresponde el 55.12o/o.
- 6.- El oficio que más prevaleció de los 112 pacientes, que fueron internados en el Hospital Roosevelt, fue oficios Domésticos (50.89o/o) seguido de Agricultor (17.86o/o).
- 7.- El Epitelioma Basocelular fué más frecuente en la década de 61 a 70 años (27.17), seguido de la década de 51 a 60 años (20.87o/o). Presentándose en 74.82o/o en pacientes arriba de 50 años.

- 8.- Histológicamente el Epitelioma Basocelular tipo Sólido se representó con mayor frecuencia, en 112 casos (45.16o/o), seguido del tipo Queratósico con 57 (22.99o/o). En su forma mixta se presentó más el tipo Adeno-quístico, con 12 casos (4.84o/o).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Langman J. Embriología de la Piel; Embriología Médica; Editorial Interamericana; Segunda Edición, 1969; PP. 328 a 334.
- 2.- Dienhart Ch. Sistema Tegumentario; Anatomía y Fisiología Humana; Editorial Centro Regional de ayuda Técnica, México/Argentina; Segunda Edición, 1976; PP. 18 a 22.
- 3.- Chouch J. MacClintic R.; Sistema Tegumentario; Principios de Anatomía Humana; Editorial Limusa; Primera Edición, 1974; PP. 143 a 155.
- 4.- Ham A.; Histología de la Piel; Tratado de Histología; Editorial Interamericana; Quinta Edición, 1970; PP. 187 a 189 y 617 a 646.
- 5.- Quiroz F. Aparato Tegumentario; Tratado de Anatomía Humana; Editorial Porrua; 15a Edición, 1976; Tomo I; PP. 4 a 15.
- 6.- Robbins S. Epitelioma Basocelular; Patología Estructural y Funcional; Editorial Interamericana; Primera Edición en Español, 1975; PP. 1353 a 1354.
- 7.- Argüelles D. Epitelioma Basocelular; Histomorfología de la Piel; Editorial Ministerio de Salud Pública/Cuba, 1964; PP.136 a 139.
- 8.- Harrison T. y Colaboradores; Cancer de la Piel; Medicina Interna; Editorial Prensa Médica Mexicana; Cuarta Edición en Español, 1973; Tomo II PP.2225 a 2226.

- 9.- Christopher D. Sabiston D.; *Cancer Basocelular; Tratado de Patología+ Quirúrgica; Editorial Interamericana; 10a. Edición, 1974 ; Tomo II; PP.1394 a 1395.*
- 10.- Lever W.; *Epitelioma Primitivo; Histopatología de la Piel; Editorial Intermédica; 5a. Edición, 1979; PP. 8 a 18, 3 a 7 y 474 a 487.*
- 11.- Nelson W. y Colaboradores; *Tumores de la piel; Tratado de Pediatría; Editorial Salvat; 6a. Edición, 1977; PP. 1508.*
- 12.- Cordero F.; *Epitelioma Basocelular; Dermatología Médico-Quirúrgica; Editorial Litografía Impilcor, Guatemala; 3a, Edición, 1972; Tomo I y II PP. 9 a 19, 563 a 569.*
- 13.- Gonzales F., *Panorma General de Tumores Malignos de la Piel, estudio de cinco años (1972 a 1976); en el Hospital General San Juan de Dios (Tesis de Graduación Médico-Cirujano), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1977; PP. 9 a 28 y 39 a 57.*
- 14.- Castro F.; Aguilar V.; Barillas A.; *Cancer de la Piel; Oncología Clínica, Hospital General San Juan de Dios de Guatemala; PP. 321 a 328.*
- 15.- Shaw M. y Colaboradores; *Epitelioma Baso y Espinoceular; Medicina Cutanea I.L.A., No. 6 de 1975; PP. 471 a 476.*
- 16.- Del Regato J.; Spjut H.; *Epitelioma Basocelular; Cancer; Editorial Mosby; 5a Edición, 1977; PP. 186 a 188.*
- 17.- Silva D; *Lesiones Malignas de los Párpados y su tratamiento; Semana Médica de Centro América y Panamá, 1979; Volúmen XXXI, No. 420*

- 18.- Paredes R.; *Tratamiento del Cáncer de la Piel por el Método Químico Quirúrgico; (Tesis de graduación Médico y Cirujano), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala; PP. I a 47.*
- 19.- Taylor G; *Incidencia de Melanoma en Guatemala, Análisis de 41 casos que se presetaron durante los años 1975 a febrero de 1979 en el Instituto de Cancerología y Hospital Roosevelt; (Tesis de Graduación Médico y Cirujano), Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala; PP. 31.*

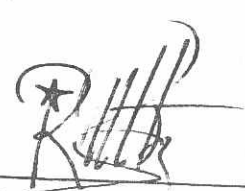
Br.


Mario René Alarcón Aguilar.


Asesor.

Victor Leonel Argueta Sandoval

Dr.

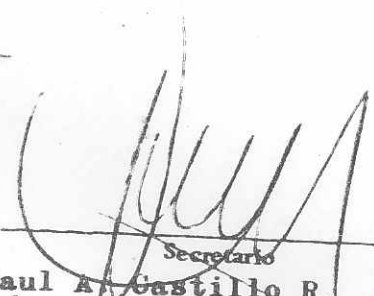

Revisor.

Luis Roberto Portillo Martinez

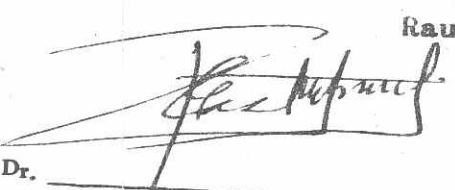

Director de Fase III

Héctor Alfredo Nuila E

Dr.


Secretario

Raul A. Castillo R.


Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo