

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**TUMORES CUTANEOS BENIGNOS MAS
FRECUENTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**



ALIDA AMANDA TZUB GOMEZ

MEDICA Y CIRUJANA

I TITULO

**TUMORES CUTANEOS BENIGNOS MAS FRECUENTES EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS.**

SUB TITULO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL EN 100 PACIENTES
INTERNADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES
I.G.S.S. DURANTE LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE 1999.-**

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por ser mi fuente inagotable de fortaleza , sabiduría y amor. Por darme el privilegio de alcanzar este anhelo.-

A MIS PADRES:

JOSE TZUB

LIDYA GOMEZ

Agradecimiento eterno, por su apoyo incondicional, esfuerzo constante. Porque son mis grandes héroes, a ustedes debo este triunfo.-

A MIS HERMANOS:

José Alvaro, Ana Lidia, Lilian Lisset, Truman Samuel. Por darme la oportunidad de amarlos.-

A MIS SOBRINOS:

Alvaro, Libni, José Armando, José Andrés con mucho cariño.-

A MIS ABUELITOS:

Patrocinio Gómez Rabanales

Antonieta Hernández de Gómez.-

Gracias por sus oraciones y la bendición que me han dado.-

A MIS TIOS:

Especialmente a:

Tía Adelita ; por el amor que siempre me ha manifestado.-

A MI NOVIO:

LUIS ALVARADO

Mil gracias por su apoyo moral , comprensión , confianza y amor en todo momento. Que DIOS lo bendiga siempre.-

A ROSA OLIVA:

Gracias por su paciencia y cariño brindado desde mi niñez que DIOS la guarde y ayude siempre.-

A MIS AMIGAS:

Irma Echeverría, Evelyn Aquino, Leonor Solares, Pathy
Bethancourt, Karla Boche, Lili Mijangos, Narda Tol, por su
Amistad y cariño. Exitos en la vida.-

A LOS DOCTORES:

Patricia Chang, Oscar Morales. Por el tiempo que dedicaron al
Asesoramiento y revisión de este documento.-

A MIS PADRINOS:

Evelyn Aquino
Oscar Umaña
Con cariño.-

A MI PATRIA GUATEMALA

A MIS PATROCINADORES:

Pueblo de Guatemala, gracias a ellos logre mi anhelo.-

A MIS CENTROS DE ESTUDIOS:

Escuela Sara Cerna Zepeda; Instituto Rafael Landivar
Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias
Medicas, Hospital Roosevelt, Hospital Nacional Hno. Pedro de
Bethancourt
Centros donde forje el triunfo que hoy obtengo.-

A LA FAMILIA:

ALVARADO RACANCOJ,
Por haber contribuido y ser parte de este triunfo.-

A USTED:

Especialmente.-

CONTENIDO

I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. MATERIALES Y METODOS	22
VII PRESENTACION DE RESULTADOS	26
VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	32
IX. CONCLUSIONES	35
X. RECOMENDACIONES	36
XI. RESUMEN	37
XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
XIII. ANEXO	41

I INTRODUCCION

Los tumores de la piel al igual que la de los otros órganos se clasifican como benignos y malignos por lo regular con base en la conducta futura prevista.-

Los tumores cutáneos benignos pueden evolucionar en epidermis, dermis, tejido subcutáneo y surgen en diversos apéndices y estructuras de la piel y constituyen un grupo de procesos neoformativos que se caracterizan por crecer en su lugar de origen, porque no tienden a infiltrarse en los tejidos vecinos, ni forman metástasis, tienden a ser peculiares, dinámicos y biológicamente activos.-

En Guatemala no se ha establecido que dicho problema se presente y no se conoce la prevalencia y conducta de los Tumores Cutáneos Benignos. En tal sentido el presente estudio realizado en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los meses de Agosto y Septiembre de 1999, persigue dar a conocer la frecuencia, grupo etáreo, tipo de tumores y tiempo de evolución dada la importancia que merecen los tumores cutáneos benignos en el examen físico, además porque gran parte de la población los presenta.-

Para el efecto se realizó un examen dermatológico completo a todo paciente hospitalizado durante el citado periodo incluyéndose a 100 pacientes internados en los departamentos de Medicina Interna y Cirugía que presentaban tumores cutáneos benignos, de los cuales 50 pertenecían al sexo masculino y 50 al sexo femenino. Como resultado de la evaluación se encontraron un total de 303 tumores cutáneos benignos de distintos tipos.-

Dentro de ellos los tumores cutáneos benignos mas frecuentes fueron los Epiteliales, con el 31.6 % de los casos, de los cuales las Queratosis Seborreicas alcanzaron el 29.9 % . Así mismo dichos tumores cutáneos benignos se presentan con mayor frecuencia en personas de edad avanzada.- El grupo etáreo mas frecuente fue el comprendido entre los 61 años en adelante. El tipo de tumor mas frecuente fueron las Queratosis Seborreicas y los Nevus Rubíes.-

El tiempo de aparición de los tumores cutáneos benignos es mas frecuente en la edad adulta. Se recomienda realizar investigaciones para poder establecer mejor el comportamiento de los tumores cutáneos benignos.-

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La piel como cualquier otro órgano del cuerpo, es susceptible de sufrir lesiones neoformativas que se originan a expensas de los diferentes tejidos que la forman, es decir de su propio epitelio o de sus anexos; del tejido mesenquimatoso y de los elementos que la inervan, como los vasos sanguíneos linfáticos y nervios, así como restos de tejido embrionario. A su vez también puede ser invadida por lesiones metastásicas que provienen de las neoplasias primarias y localizadas en otros órganos (7, 23).

Los tumores cutáneos benignos son todos aquellos procesos neoformativos, que se caracterizan por crecer con lentitud en su lugar de origen, tienen un tamaño pequeño o mediano, no tienden a infiltrarse en los tejidos vecinos, aunque pueden alterarlos, pueden derivarse de células inmaduras pluripotenciales que aparecen en el transcurso de la vida; se dividen en congénitos o adquiridos, pueden sufrir un proceso de transformación maligna, donde se han implicado alteraciones genéticas y la influencia del medio ambiente; se ha demostrado que varios genes están involucrados en dicho proceso y los tipos predominantes, en este fenómeno son los oncogenes C.H. ras y el gen de supresión tumoral .- P 53 (11, 15, 25)

En Guatemala se ha reportado un estudio sobre tumores cutáneos en niños en donde los tumores epiteliales alcanzaron el 79.4 %, estudio realizado en el Instituto de Dermatología, INDERMA.-

En el hospital general de enfermedades del I.G.S.S. por ser un hospital de la población económicamente activa, existen factores de riesgo que incrementan la posibilidad del aumento de dermatosis cutáneas. Sin embargo no se han realizado estudios que documenten dichas dermatosis.-

Se escogió a la población de pacientes hospitalizados por el hecho de que un paciente debe examinarse como un todo y muchas veces por el factor tiempo no es posible hacerlo; por lo que este estudio revela la importancia de la piel y su diagnóstico tendente a mejorar la prevención de enfermedades cutáneas y su pronóstico.-

III. JUSTIFICACION

Actualmente entre el 25 al 30 % de la consulta diaria de médicos institucionales o médicos generales privados corresponden a diversas dermatosis (1).-

Los tumores cutáneos benignos están presentes en casi el 90 % de la población y muchas personas las consideran triviales y sin importancia; podría sorprenderles enterarse de que los tumores cutáneos son peculiares, dinámicos y biológicamente activos.-

En un estudio realizado en el Hospital Regional de Dermatología en Chile, sobre tumores cutáneos reportan que del 59 al 73 % de carcinoma espinocelular y carcinoma basocelular, tienen su origen en lesiones pre-existentes como Nevus Congénito, Queratosis Actínica (26).-

La piel siendo el reflejo de los órganos internos, algunas veces se manifiesta por lesiones que nos deben hacer sospechar en patologías de base, por lo que es importante estudiar al paciente como un todo y no por órganos separados. Hoy en día el médico general muchas veces no esta familiarizado con las patologías cutáneas y al manejo de este tipo de pacientes, situación que afecta a una gran proporción de pacientes tanto hospitalizados como de personas que asistan a consultorios.-

En el hospital general de enfermedades del I.G.S.S. se internan aproximadamente un promedio de 10 pacientes al día, población en la que cabe la posibilidad de que los tumores cutáneos se hagan presentes, aunque se desconoce su prevalencia y hasta la fecha no se cuenta con un estudio que demuestre la frecuencia con que se presentan los tumores cutáneos benignos en pacientes adultos, ni que los agrupe de acuerdo a una clasificación. Tomando en cuenta que actualmente existen múltiples factores predisponentes desde genéticos ocupacionales y ambientales es indispensable conocer los antecedentes de los pacientes, como también su diagnóstico de hospitalización para valorar la magnitud del tumor cutáneo benigno y su pronóstico; razón por la cual se seleccionó para el estudio a pacientes hospitalizados, clasificándolos de acuerdo con edad, sexo y presencia de antecedentes patológicos importantes.-

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Conocer cuales son los tumores cutáneos benignos mas frecuentes en 100 pacientes internados de ambos sexos en el Hospital General de Enfermedades del I.G.S.S. durante los meses de Agosto a Septiembre de 1999.-

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar el grupo etáreo más afectado por tumores cutáneos benignos en el citado hospital.-
2. Cuantificar los tumores cutáneos benignos mas frecuentes según sexo,-
3. Identificar los diagnósticos de hospitalización.-
4. Describir el tiempo de evolución de los tumores cutáneos benignos.-
5. Identificar las enfermedades concomitantes o asociadas a los tumores cutáneos benignos.-

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

A. LA PIEL

1. Definición:

La piel es una cubierta indispensable para una adecuada armonía del organismo constituyendo el 16% del peso del cuerpo . Está constituida por células, vasos sanguíneos, nervios y glándulas que producen sebo y sudor , presenta en su superficie mas de 2.5 millones de orificios pilosebaceos y los llamados pliegues losangicos . (2,7,9)

Se distinguen la epidermis, dermis e hipodermis . La epidermis es un epitelio plano, estratificado, queratinizado , formado por cinco capas o estratos: basal , espinoso, granuloso, lucido corneo . La dermis se divide en superficial o papilar medio o reticular y profunda ; compuesta por tejido conectivo , vasos , nervios y anexos cutáneos. La hipodermis o tejido subcutáneo esta formada por lóbulos de adipocitos .(21,23)

Las funciones mejor conocidas y de cuya armonía resulta la piel sana son: queratínica , melanica, sebácea, sensorial, perceptiva, interviene en la regulación térmica el control de líquidos y electrolitos; así mismo sirve como protección o barrera; la piel posee una flora residente y constante modificada en diferentes sitios anatómicos por las secreciones. Los microorganismos que predominan son bacilos difteroides aerobios o anaerobios; estafilococos aeróbicos y anaerobios no hemolíticos ; bacilos esporulados gramnegativos aerobios que son ubicuos en el aire, el agua y el suelo estreptococos alfa hemolíticos , en los pliegues cutáneos pueden haber hongos y levaduras. (7,9,11,23)

B. TUMORES CUTANEOS BENIGNOS:

La palabra “Tumor” se deriva de tumere que significa inflar y como sinónimo se usa el termino “Neoplasma”, que se deriva de neos: nuevo y plassein: formar . Su definición varia con el concepto clínico o histológico ; en el concepto clínico y de acuerdo a su morfología , se describe por tumor a cualquier crecimiento circunscrito de una determinada región, que se caracteriza por su tendencia a crecer y persistir, porque forman un relieve mas o menos marcado sobre el nivel normal de la piel y por que su aspecto y evolución , difieren según el tipo clínico de cada uno de ellos.

En el concepto histológico , se define como una neoformación o neoplasia , formada por la proliferación celular de un tejido y que se caracteriza por ser autónoma y atípica .-(1, 6)

Con relación al aspecto histológico de las células y arquitectura del tumor, se subdividen en Homotípicos , cuando son semejantes al aspecto normal del tejido de origen y Heterotípicos , cuando su estructura es diferente. De acuerdo con su evolución y comportamiento clínico, se clasifican en dos grandes grupos : Tumores benignos y malignos.(7, 19)

TUMORES CUTANEOS BENIGNOS

EPITELIALES	MELANOCITICOS	ANEXIALES	FIBROSO	VASCULARES	TEJIDO ADIPOSO	NERVIOSO
Queratosis Seborreica	* Nevo Azul	* Siringomas	* Dermato-fibroma	* Angiomas	* Lipomas	* Neurofibromas
Acrocordones	* Nevus de OTA	* Poroma Ecrino	* Fibromas	* Hemangiomasm Cutaneos.-		
Queratoacantoma	* Nevus de ITO	* Cilindroma	* Dermatitis Digital Infantil.-	* Hemangiomasm Capilares Inmaduros.-		
* Quistes Epiteliales	* Nevus Pigmentado Congénito	* Nevus Sebaceo	* Queloides.-	Hemangiomasm Cavernosos.-		Musculares
* Quistes Dermoides	* Lentigo Juvenil.	* Enf. De Fordyce		* Hemangioma Plano		Leiomioma.
Verrugas.-	* Nevus Epidérmico.	* Nevus Comedónico		* Telangiectasias		
	* Nevus Epidérmico Lineal Localizado.-	* Quistes Pilosos		* Granuloma Piogeno.-		
	* Nevus Esponjoso	* Tricoepitelioma		* Nevos Rubies		
	Disqueratoma Verrucoso	* Pilomatrixoma				
	8 Nevos Mixtos.-					
	* Nevo de Unión.-					

Los tumores cutáneos benignos son un grupo de todos aquellos procesos neoformativos , que se caracterizan por crecer en su lugar de origen , porque no tienden a infiltrarse en los tejidos vecinos ni forman metástasis . Histológicamente consisten en células maduras, similares a las del tejido normal del cual se originan . (4,26) los podemos clasificar en:

1. Tumores Epiteliales Benignos

Son frecuentes y pueden ocasionar trastornos psicológicos al paciente, dichos tumores proceden del epitelio plano poliestratificado queratinizante de la epidermis y folículos pilosos y del epitelio ductal de las glándulas y remedan los estratos celulares de los que proceden; clínicamente pueden confundirse con tumores malignos especialmente si están pigmentados o inflados por lo que con frecuencia es necesario el examen histológico de una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.(9,10,12,17)

a. Queratosis seborreica:

i. Definición:

Es un tumor benigno muy frecuente que ocurre sobre todo en personas de edad madura y avanzada.

ii. Histología : En forma característica la lesión sobresale de la piel, y la unión dermoepidérmica esta mas o menos al nivel del estrato corneo de la piel vecina . La superficie es irregular con engrosamiento notable del estrato corneo , toda la epidermis es gruesa y dispareja , las células del estrato corneo son pequeñas e inmaduras pero carecen de la desorganización y mitosis de los trastornos malignos, las papilas dérmicas son alargadas e irregulares y los melanocitos por lo común son mas numeroso en la capa basal.

iii. Características clínicas: Son mas comunes en la cara y tronco y pueden ocurrir en cualquier sitio de la piel , excepto palmas de las manos y plantas de los pies y uniones mucocutaneas. La lesión característica comienza como un engrosamiento redondo u oval, de color miel y de algunos milímetros a dos centímetros de diámetro , a medida que las queratosis se engrosan , se oscurecen y toman un color cafe oscuro o negro y sobresalen medio centímetro o mas sobre la piel vecina. La superficie es irregular , tiene aspecto grasoso, pero es seca y rugosa al

tacto. Los bordes agudos y la elevación producen la impresión de una lesión que esta encajada en la superficie de la piel, en vez de ser parte de ella.

iv. Tratamiento : La mayor parte de las queratosis seborreicas no necesitan tratamiento. Cuando ocurren lesiones desfigurantes en la cara pueden extirparse, con poca o nula cicatrización mediante cauterio de luz que ablanda la queratosis . La congelación con bióxido de carbono y acetona, o con nitrógeno líquido es eficaz para lesiones muy delgadas. (1, 4,14,22)

b. Acrocordon:

i. Definición:

Es un tumor benigno muy frecuente que ocurre como un apéndice blando, sesil o pedunculado en el cuello, región superior del tronco , axilas o ingles.

ii. Histología: hay una delgada cascara de epidermis alrededor de una porción central laxa de dermis.

iii. Características Clínicas: Los acrocordones son de 1 a 3 mm de diámetro y de hasta 5 mm de largo. Son blandos, de color de la piel o cafes y por lo regular múltiples son en especial comunes en mujeres de 50 años en adelante .

iv. Tratamiento: Cuando se necesitan por motivos estéticos basta la electrodesecación por luz y si se hace con cuidado, casi no produce cicatrización. (8,9,10)

c. Queratoacantoma

i. Definición:

Es un nódulo de tipo tumoral de arquitectura característica, que crece con rapidez a un tamaño máximo antes de mostrar resolución espontanea.

ii. Etiología: Por lo general el queratoacantoma (QA) ocurre sobre todo en personas de piel clara que están predispuestas a la aparición de carcinoma de células escamosas (SCC) . La piel expuesta a la luz corresponde a la distribución de la mayor parte de los SCC , y la frecuencia guarda una proporción bastante constante de un QA para tres

SCC. Al igual que este los QA son mas frecuentes en obreros que manejan alquitrán y aceites minerales, pero a diferencia del SCC, el QA en general se origina en piel al parecer normal que no muestra datos de piel cancerosa . Los primeros tumores comienzan a aparecer en el segundo decenio de la vida , y las cicatrices por numerosas lesiones curadas a la postre producen gran desfiguración . Los queratoacantomas son mas numerosos y al parecer crecen con mayor rapidez en pacientes inmunosuprimidos. (17,19)

iii. Histología:

La diferenciación de QA y SCC con base a las características celulares solas a menudo es difícil y a veces imposible . La estructura global de la lesión es entonces de gran importancia en el diagnostico . En las fases tempranas, las células epidérmicas proliferan hacia abajo en forma de filamentos de límites imprecisos , con células atípicas y muchas mitosis. La invaginación queratinosa de la epidermis produce una cascara gruesa y en forma de cáliz de epidermis en proliferación, que encierra el núcleo central queratinoso. La porción central se expande en forma progresiva para formar un gran cráter lleno de queratina y rodeado por epidermis en proliferación ; hay infiltrado inflamatorio denso en la dermis debajo de la invaginación epidérmica. (3,19)

iv. Características Clínicas:

Mas de dos tercios de los QA ocurren en la cara, y la mayor parte del resto, en el dorso de manos antebrazos . La lesión comienza como una papula firme , rosa o rojiza que es hipersensible y crece con rapidez . Al aumentar de tamaño, el nódulo se hace liso y en forma de domo, y tiene un borde de límites precisos. La palpación pone de manifiesto extensión del nódulo muy por debajo de la superficie , pero a los lados no hay infiltración vecina . Por lo regular en cuatro a cinco semanas, el centro del domo forma un tapón queratinoso duro . Ocurre resolución espontánea lenta en dos a seis meses.- (2,17)

v. Tratamiento:

Las lesiones pequeñas se extirpan con facilidad y las lesiones mayores se quitan por raspado y cauterización de los bordes, despues por biopsia preliminar. La radioterapia es satisfactoria.-(2,12)

d. Quistes Epiteliales

i. Definición:

Son los tumores benignos mas frecuentes, se observan a menudo en personas de edades medias.-

ii. Etiología:

Se originan a partir del folículo piloso, se producen por obstrucción debido a hiperqueratosis a nivel del infundíbulo.-

iii. Clínica:

Los quistes epidermoides son formaciones tipo nódulo que fluctúan de 0.5 a 2.5 cms. Color de la piel normal, rosa o azulada, consistencia elástica. Puede ser parte de un síndrome. La relación de quistes epidermoides y fibromas, alteraciones dentales y poliposis del colon, sugieren el síndrome de Garner y el síndrome de Gorlin, se asocia con nevos basocelulares.-

iv. Histología:

Tienen una pared recubierta por epitelio queratinizado y el saco lleno de queratina laminar.-

e. Quistes Dermoides

i. Definición:

Se presentan desde el nacimiento y son similares a los epidermoides , se localizan en la región cervicofacial; histologicamente están recubiertos por una pared epitelial con estructuras polisebaceas, completamente maduras.-

ii. Tratamiento:

Para los diferentes tipos de quistes, consiste en la escisión quirúrgica.-
(2,3)

f. Verrugas

i. Definición:

Son proliferaciones exofíticas, de consistencia firme y áspera; coexisten con papilomatosis e hiperqueratosis. Todos los tipos de verrugas están producidos por virus D.N.A. del grupo papilomavirus.

Todas las verrugas tienen una amplia variedad de apariencias clínicas, determinadas por la ubicación sobre el huésped, por la respuesta inmunitaria de este y el tipo de virus del papiloma. Pueden estar presentes en cualquier tipo de lesiones.-

Pueden ser vulgares, filiformes, plantares, venéreas o condilomas acuminados. Aparece regresión espontánea al cabo de 2 años en mas del 50 % de los casos.-

ii. Tratamiento:

Electrodesección o curetaje, nitrógeno líquido, queratolíticos y en condilomas acuminados ,el tratamiento de elección es la Podofilina al 25 %.- (5,8,12)

2. Tumores Melanocíticos

El termino nevus se deriva del latín “ Naevus “ que significa marca o mancha.-

Casi todas las personas tienen al menos algunos lunares y probablemente las consideren triviales y sin importancia. Por tanto podría sorprenderles enterarse de que los lunares o nevus son uno de los tipos de tumores cutáneos mas peculiares y dinámicos (2,3)

a. Nevo Azul:

Son pequeñas tumoraciones de color azul oscuro pavón, se localizan en cara y extremidades , por lo general son únicos, son debidos a la presencia de melanocitos en la epidermis y persisten indefinidamente.- (1)

b. Nevus de OTA:

Es un hamartoma melanocítico congénito, se derivan del perineurio o el endoneurio de nervios periféricos o por melanocitos aberrantes que provienen de la cresta neural, histológicamente hay vainas fibrosas que rodean a los melanomas dérmicos. Se localiza en una hemifacies y en

especial en región periorbitaria, la conjuntiva esclerótica, cornea, retina y muy raramente otras mucosas.- (9,10)

c. Nevus de I.T.O. :

Es una lesión equivalente al nevus de OTA pero situado en región escapulo humeral.-

d. Nevus Pigmentado Congénito

i. Definición:

Son tumoraciones congénitas de tipo amartomoso, que no siempre resultan visibles en el momento del nacimiento; el color varía entre marrón claro y negrozco y su superficie puede ser lisa sobrellevada y estas cubierta de pelos.-

ii. Histológicamente: Extensión a dermis reticular profunda y tejido subcutáneo

distribución de abundantes células nevícas en la vecindad de los anexos cutáneos.-

Presencia de células nevícas dentro de folículos pilosos, conductos y glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, paredes vasculares.-

El criterio actual es que todos los nevus congénitos deben ser extirpados, cuando resulte técnicamente posible, debido al riesgo de originar un melanoma maligno.-

e. Lentigo Juvenil

Son pequeñas máculas hiperpigmentadas que aparecen a cualquier edad, se localizan en piel o mucosas y pueden ser aisladas o múltiples. Cuando el número es elevado puede ser un hallazgo aislado o asociarse a otras alteraciones, como el Síndrome de Leopard y el de Peutz – Jeghers y poliposis gastrointestinal, con preferencia en el intestino delgado. Histológicamente muestra discreta de papilomatosis y aumento del número de melanocitos y del contenido de melanina.-

f. Nevus epidérmicos son lesiones hamartomosas que casi siempre están presentes desde el nacimiento o la primera infancia .

g. Nevus epidérmico lineal localizado

i. Definición:

Es una formación lineal compuesta por multitud de pápulas hiperqueratósicas densamente agrupadas y que tienden a adoptar una disposición mas o menos metamerica (1,2)

Si el componente hiperqueratósico es importante, con frecuencia se denomina nevó verrucoso . Cuando existen múltiples lesiones lineales en un solo lado del cuerpo se conoce como nevus unius lateris . En el nevus lineal sistematizado las lesiones son múltiples bilaterales y a menudo simétricas .

ii. Histología:

En todos estos tipos la histología muestra hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis . En algunos nevus lineales sistematizados y muy raramente en los restantes, el aspecto histológico es superponible a la hiperqueratosis epidérmica. El nevus epidérmico lineal inflamatorio tiene una clínica con cambios inflamatorios, prurito y predominio en miembros inferiores . la histología es superponible a una dermatitis crónica (9,10)

h. Nevus Esponjoso Blanco De La Mucosa Oral: Origina extensas áreas de engrosamiento de la mucosa oral con coloración blanca. Se hereda de forma autosómica dominante en algunos casos . El estudio histológico muestra hiperplasia de la mucosa oral y edematización de células epiteliales.

i. Disqueratoma Verrucoso: Es una lesión queratósica aislada que aparece con mayor frecuencia en cabeza y cuello. Su aspecto es el de pápulas sesiles, duras, con bordes definidos y superficie verrugosa, color semejante al de la piel normal, sigue una distribución asimétrica limitándose a solo una mitad del cuerpo. En nevicos los tratamiento son efectivos con la electrofulguración o resección quirúrgica.

j. Nevos Mixtos: Llamados nevus compuestos son tumores nevicos que histológicamente presentan racimos de células nevicas en el limite dermoepidérmico. Se pueden observar en niños como en adultos su coloración es azul pardo y uniforme, con frecuencia se rodean de un halo en su base y por lo general carecen de pelos , cuando toman aspecto abigarrado en los adultos se les debe considerar como sospechosos de degeneración.

k. Nevó de Unión: Son tumores formados solo por células nevicas difusas o compactas y reunidas en pequeños grupos de nidos esta íntimamente unido a la epidermis, se origina en la unión de la epidermis con la dermis y es por

ello que se les denomina así; su aspecto clínico es la de una lesión bien delimitada, un poco elevada sobre el nivel cutáneo con bordes definidos y superficie lisa aterciopelada y puede tener cabellos. Es de forma oval o circular, su color varia del café oscuro al negro. Son asintomáticos y pueden degenerar a melanocacinomas, por esta razón es conveniente hacer un diagnóstico exacto. Al examen histopatológico se aprecia hiperplasia con anaplasia celular muy parecida al melanocacinoma del adulto . Nevus que no se consideran como una afección maligna que se le conoce como melanoma juvenil.

i. Tratamiento: Se instituye con dos razones ya sea por razones estéticas o para eliminar el peligro de tumores potencialmente malignos, ciertos dermatólogos opinan que mientras los nevus no presenten signos de degeneración no deben de ser tratados o si ello se hace conveniente seguir métodos conservadores, radicales y con los mejores resultados estéticos. La indicación terapéutica mas importante en el tratamiento de los nevus es la de eliminar el peligro de su degeneración maligna y la decisión de si debe o no quitarse. Se basa en la evaluación de su actividad melanocitica, como esta únicamente se puede hacer con exactitud por el examen histológico, se aconseja practicar la resección quirúrgica en los siguientes casos:

- En los nevus pigmentados y planos del adulto, cuando cambian de color y se tornan mas oscuros o moteados, así como cuando crecen y su borde se vuelve elevado.
- En cualquier neví pigmentado en el que aparezca un halo de pigmento melanico al rededor de su base.
- En aquellos que crecen en poco tiempo y se vuelven elevados o esferoides, con superficie lisa lampiña y el pigmento tiende a desbordar el sitio del nevo.
- Cualquier neví melanocítico, pigmentado o no cuya superficie se vuelve ulcerosa costrosa y sangra con facilidad.
- Aquellos nevus pilosos que en forma espontanea pierden los cabellos y la superficie se vuelve lisa y tensa.

Cuando por estética se va eliminar el nevo, el método a seguir varia con su tamaño localización y presencia o no de cabellos, pero cualquiera que sea su eficacia esta mas en relación con la experiencia y habilidad del operador, que con el método o técnica a utilizar.

3. Tumores Anexiales Benignos

a. Derivados del Folículo Piloso:

Los tumores benignos derivados de los anexos cutáneos son muy numerosos y por su frecuencia deben ser reconocidos por el clínico, entre ellos tenemos los siguientes:

TIPO DE TUMOR	ETIOLOGIA	CARACTERISTICAS CLINICAS	CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS
Nevus Comedoniano	Congénito	Lesiones tienden a disponerse linealmente por papulas con un punto negro queratosico central.-	Folículos pilosos rudimentarios.-
Quistes Pilosos	Congénito	Son frecuentes aparecen en el cuero cabelludo.-	Disposición en empalizada de la capa exterior de célula de la pared, tumefacción de célula próximas a la luz.-
Tricoepitelioma	Herencia Autosomica Dominante	Nódulos pequeños color semejante a la piel, localizado en cara, a veces con telangiectasias, casi siempre en cara.-	Epitelioma adenoide quistico .- Quistes Córneos.-
Pilomatrixoma	Desconocida	Tumoración única dura, mide de 0.5 a 5 cms. de diámetro.-	Tumor encapsulado con dos tipos celulares uno basofilo y otro de células sombreadas queratinizadas y anucleares.-
Tratamiento	Consiste en la extirpación y hay probabilidad de recidiva, si no es completa.-		

b. Derivados de la Glándula Sebácea

TIPO DE TUMOR	ETIOLOGIA	CARACTERISTICAS CLINICAS	CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS
Nevus Sebáceo	Congénito	Nevus organoide, en la pubertad placa de alopecia ligeramente sobreelevada en el cuero cabelludo o en la cara.-	Se compone de una hiperplasia epidérmica con hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis, debajo de conductos y glándulas apocrinas.-
Enfermedad de Fordyce	Adquirido por la edad.-	Pequeñas formaciones ligeramente sobreelevadas de color amarillento, situadas en semimucosa del labio.-	Glándulas sebáceas ectopicas.-

c. Derivados de la Glándula Sudoripara Apocrina

i. Cilindroma:

Son tumoraciones múltiples con un condicionamiento hereditario autosómico dominante. Localización habitual; cuero cabelludo, son como nódulos de tamaño variable, consistencia blanda y coloración rosada.

Histológicamente se observan numerosos islotes de células epiteliales, en la periferia del núcleo pequeño.- Los islotes están separados entre si por bandas hialinas.-

d. Derivados de la Glándula Sudoripara Ecrina

i. Siringomas:

Se producen casi exclusivamente en mujeres, a partir de la pubertad, se localizan con preferencia en párpados y de manera eruptiva, en tronco y cuello.-

Son pequeñas pápulas blanquecinas – amarillentas de 1 a 2 m.m. de diámetro y aspecto quístico.-

Histológicamente, muestra numerosos conductos revestidos por una doble capa de células, entre estroma fibroso.-

ii. Poroma Ecrino:

Se presenta como una tumoración sólida de 0.5 a 2 cms. de diámetro de inicio en edad adulta y con preferencia en la planta del pie.

El tumor se origina en la epidermis desde donde se extiende en forma de anchas bandas anastomosadas, formadas por células cuboidales de citoplasma clara, con la existencia de glucógeno.-

4. Tumores Benignos del Tejido Fibroso

TIPO DE TUMOR	ETIOLOGIA	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO
Dermatofibroma	Desconocida	Tumoraciones únicas que se observan en extremidades de los adultos; nódulos duros de color rosado y marrón negruzco.-	Tumoración formada por fibras de colágeno y fibroblastos acompañados de reacción hiperplásica epidérmica
Fibromas	En la génesis intervienen factores de crecimiento epidérmico y de fibroblastos.-	Son lesiones pediculadas del color de la piel o hiperpigmentadas. Se localiza en cuello ,axilas, pliegues submamarios y párpados.-	En las lesiones tempranas predominan alteraciones vasculares y en las tardías fibrosis hay proliferación benigna de tejido conjuntivo y epitelial.-
Fibromatosis Digital Infantil	Desconocida	Son nódulos fibrosos únicos o múltiples que aparecen en los dedos de las manos y pies.-	Se observan cuerpos de inclusión eosinófilos en el citoplasma de los fibroblastos.-
Queloides	Desconocida. Reacciones hiperplásicas desencadenadas por traumatismos.-	Las lesiones son exuberantes, persistentes, lisas , firmes, duras al tacto, no distensibles del color de la piel, duras al tacto.-	Epidermis aplanada, las fibras de colágeno muestran engrosamiento e hialinización; hay fibroblastos y dermis superficial, vasos dilatados.-

5. Tumores Vasculares

a. Angiomas:

Tumor hecho de vasos.-

Los tumores de vasos sanguíneos se conocen como hemangiomas y los de vasos linfáticos como linfangiomas.-

b. Hemangiomas Cutáneos:

Son frecuentes en la niñez, observándose en el 10 % de los lactantes.

La causa es desconocida.-

c. Hemangiomas Capilares Inmaduros:

Hipertroficados o en fresa, son congénitos únicos.

Predominan en la cabeza, se inicia como una mancha pequeña roja. En el 80 % de los casos se observa involución completa entre 3 y 7 años de vida.-

d. Hemangiomas Cavernosos o Maduros:

Son congénitos pero no genéticamente determinados.

Pueden estar en cualquier segmento corporal como tumores aislados o múltiples bien marcados, subcutáneos azulados o color piel.-

En general no crecen o involucionan de forma espontánea.-

e. Hemangioma Plano o Nevo Flameo:

Predomina en frente, párpados y nuca, no nacen, en relieve son rosados, los de la nuca persisten toda la vida.-

Tratamiento:

En las formas inmaduras se recomienda la conducta expectativa. Para hemangiomas cavernosos, el tratamiento es quirúrgico.-

f. Telangiectasias:

Están formadas por un punto central rojo sobreelevado y varios vasos radiales que parten de él.-

La localización es en la cara y se distribuyen en el territorio de la vena cava superior.-

Son favorecidos por la gestación, tratamientos hormonales y hepatopatías crónicas.-

g. Granuloma Piogeno:

Son tumefacciones adquiridas de color rojo intenso pediculadas y sangran con facilidad. Histológicamente muestra intensa neoformación capilar y reacción inflamatoria. Siempre van precedidas por trauma.-

6. Tumores del Tejido Adiposo

a Lipoma:

Son tumores benignos que aparecen en tejido subcutáneo.

Pueden ser únicos o múltiples. Son de tamaño variable y con frecuencia lobulados gomoso o compresibles.-

Abundantes en tronco, nuca y los antebrazos.

Tratamiento es la escisión.-

7. Tumores del Tejido Nervioso

a. Neurofibromas:

Tienen forma redondeada, pediculado o forman colgajos de tamaño muy variable y consistencia blanda. La coloración es similar a la piel normal.-

Se desarrollan en la edad adulta; las manchas cafe con leche, que son otro signo cutáneo característico de la neurofibromatosis, preceden a los neurofibromas en el censo de la enfermedad.-

Histológicamente las tumoraciones están constituidas por fibras finas onduladas y ligeramente eosinofilas, dispuestas formando remolinos y orientadas en todas direcciones.-

Se ha establecido que los neurofibromas derivan de la célula de Schwan.-

8. Tumores Musculares

Leiomioma:

Son tumores benignos de fibras musculares lisas.

Los derivados del músculo erectos del pelo son pequeños nódulos amarillentos, rojizos que se asientan de preferencia en , el tronco y extremidades y duelen al comprimirlo,-

Microscópicamente formados por haces de fibras musculares lisas y colagenas.-

VI. MATERIALES Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo Transversal.

2. Sujeto de Estudio:

Pacientes internados en el Hospital General de Enfermedades del I.G.S.S. durante los meses de Agosto a Septiembre de 1999.-

3.- Población o Muestra:

El tamaño de la muestra es de 100 pacientes ,tomando 10 pacientes cada día, que es el promedio de pacientes ingresados en el Hospital General de Enfermedades del I.G.S.S.

Estos 10 pacientes se incluyeron por el método de números al azar, utilizando la tabla de números aleatorios. Se aplico un índice de confianza del 90 % y un índice de error de 10 % según la siguiente formula para población finita:

$$n = \frac{N \times P \times Q}{\frac{(N - 1) (L E^2)}{4} + P \times Q}$$

En donde :

N = 5,017

P = 0.57

Q = 0.43

4.- CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

a) Criterios de Inclusión:

Todo paciente hospitalizado en los distintos departamentos de Medicina y Cirugía Del Hospital General de Enfermedades del I.G.S.S.

b) Criterios de Exclusión:

- i.- Pacientes con tumores cutáneos benignos no internados del Hospital General de Enfermedad Común del I.G.S.S.
- ii- Pacientes con tumores malignos internados.-

5. Definición de Variables

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
Edad	Tiempo real transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha registrada.	Registro de los años cumplidos al momento de la consulta.	Númerica Continua	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Lo referido en la historia clínica.	- Nominal	- Masculino - Femenino
Tumores Cutáneos Benignos	Neoplasias circunscritas no inflamatorias de la piel que tienden a persistir y crecer sin metástasis.	Lo referido por juicio clínico o histológico.	- Nominal	Diagnóstico basado en características clínicas e histopatológicas.
Diagnóstico de Hospitalización	Basado en la enfermedad que desencadena desequilibrio en el paciente, por lo que se ingresa.	Patología por la que el paciente esta internado.-	- Nominal	Diferenciación Clínica..
Diagnóstico clínico	Basado en el estudio macroscópico de las lesiones	Juicio clínico emitido despues de ser evaluado el paciente, según el tipo de tumor benigno	- Nominal	Diferenciación clínica
Antecedente Médicos	Cualquier enfermedad que el paciente presente con anterioridad.-	Enfermedad Antigua.-	- Nominal	Según Papeleta Clínica.-

6.- Instrumento de Recolección

Se utilizó una boleta de recolección de datos en los que se incluyeron todas las variables que fueran tomadas en cuenta en el presente estudio. (Anexo 1)

7.- Ejecución de la Investigación

Para la recolección de los datos se realizó examen dermatológico completo a todo paciente internado en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de Agosto y Septiembre de 1999.

También se recurrió a revisar las papeletas clínicas para obtención de otros datos.-

Los hallazgos al examen clínico y los datos obtenidos a través de papeletas e informes histopatológicos se registraron en la boleta de recolección de datos.- (Anexo 1)

8.- Plan de Análisis

En base a los resultados que se obtuvieron al elaborar el trabajo de campo, se procedió a tabular la información obtenida, para luego efectuar las tablas que muestran la proporción obtenida para cada una de las variables investigadas.-

9.- Consideraciones Éticas

Tomando en cuenta que es un estudio no experimental en el cual únicamente se realizó examen clínico dermatológico completo; no se expuso a los pacientes en ningún momento a algún tipo de daño, se considera que no existe razón ética que pudiera impedir la realización del presente trabajo.-

B. RECURSOS:

1. Materiales:

Biblioteca de la Facultad de Ciencias Medicas
Biblioteca del Hospital Roosevelt
Biblioteca del I.G.S.S.
Biblioteca de I.N.D.E.R.M.A
Biblioteca central de U.S.A.C.
Internet
Revistas
Artículos.
Hospital General de Enfermedad Común del I.G.S.S.
Computadoras
Impresora
Utiles de oficina
Fotocopiadora
Información histopatológica
Exámenes clínicos de pacientes.-

2. Humanos:

Asesor
Revisor
Director del I.G.S.S.
Personal de Biblioteca
Personal de los distintos servicios.-

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

**Distribución Según Grupo Etáreo de la Muestra de Pacientes Hospitalizados
por Diferentes Procesos Mórbidos y en Presencia de Tumores Cutáneos
Benignos.**

I.G.S.S. Agosto – Septiembre 1999

EDAD EN AÑOS	No. CASOS	%
0 – 20	4	4
21 - 40	19	19
41 - 60	34	34
61 - 80	43	43
TOTAL	100	100

**Fuente: Boleta de recolección de datos
(ver anexo)**

CUADRO No 2

Distribución de los Grupos de Tumores Cutáneos Benignos según su
clasificación y sexo de la muestra de Pacientes Hospitalizados
I.G.S.S. Agosto – Septiembre 1999

GRUPO DE TUMORES	MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%
<i>Tumores Epiteliales</i>				
Queratosis Seborreica	16	6	19	6.9
Acrocordones	17	6.2	10	3.8
Verrugas	4	1.3	5	1.6
Quistes Epiteliales	4	1.3	1	0.3
Quistes de Milio	4	1.3	1	0.3
<i>Tumores Melanocíticos</i>				
Lentigo	7	2.3	8	2.6
Mancha café	7	2.3	4	1.3
Efelides	1	0.3	3	0.9
Nevos azul	2	0.5	0	0
<i>Tumores del Tej. Fibroso</i>				
Queloides	2	0.5	4	1.3
Fibroma laxo	7	2	1	0.3
Dermatofibroma	1	0.3	0	0
<i>Tumores Anexiales</i>				
Siringomas	0	0	1	0.3
Nevus sebáceo	4	1.3	3	0.5
Comedones	5	1.5	7	2.3
<i>Tumores Vasculares</i>				
Nevos rubíes	39	13	29	9.5
Telangiectasias	4	1.3	2	0.5
Otros *	41	13	40	12
TOTAL	165	53.7	138	46.3

* Otros Incluye: Neurofibroma, Lipoma, Fibroma Pédulo, Nevus Anémicos.

Fuente: Boleta de recolección de datos.-

CUADRO No. 3

Clasificación de los tumores según las Extirpes Celulares Originarias, de la muestra de pacientes Hospitalizados

I.G.S.S. Agosto – Septiembre 1999

CLASIFICACION DE TUMORES	No. DE CASOS	%
Tumores Epiteliales	96	31.6 %
Tumores Melanocíticos	32	10.5 %
Tumores Anexiales	20	6.6 %
Tumores del Tejido Fibroso	15	5 %
Tumores Vasculares	74	24 %
Otros *	81	26 %
TOTAL	303 **	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.-

* Otros Incluye: tumores del tejido adiposo y tumores del tejido nervioso.-

** Fueron 303 casos porque varios pacientes presentaron más de un tipo de tumor cutáneo benigno.-

CUADRO No 4
Diagnóstico de Hospitalización de la Muestra de Pacientes con Tumores
Cutáneos Benignos
I.G.S.S. Agosto - Septiembre 1999

DIAGNOSTICO DE HOSPITALIZACION	No. CASOS	%
Neoplasia	9	9
Diabetes mellitus II descompensada	8	8
Neumonía	7	7
Insuficiencia renal crónica	5	5
Insuficiencia venosa profunda	4	4
Abscesos	4	4
Colecistitis aguda	4	4
Leucemia linfocítica aguda	4	4
Hipertrofia prostática benigna	4	4
Hemorragia gastrointestinal superior	4	4
Prostatectomía	3	3
Lupus eritematoso sistémico	3	3
Apendicitis	3	3
Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida	3	3
Trasplante renal	2	2
Urticaria generalizada	2	2
Artritis séptica	2	2
Encefalopatía urémica	2	2
Crisis hipertensiva	2	2
Convulsiones	2	2
Accidente cerebro vascular	1	1
Linfoma	1	1
Otros *	21	21
TOTAL	100	100

* Otros Incluye: Endocarditis, Cáncer de Mama, Torsión Testicular.

Fuente: Boleta de recolección de datos.-

CUADRO No 5.

**Distribución Según Tiempo de Evolución de los Tumores Cutáneos
Benignos Presentes en la Muestra de Pacientes Hospitalizados
I.G.S.S. Agosto - Septiembre 1999**

Tiempo de aparición	Numero de casos	%
Desde el nacimiento	50	16.5
Durante la infancia	15	4.9
En la juventud	5	1.6
De adulto	105	34.6
No recuerda	128	42
Total	303	100

Fuente : Boleta de recolección de datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se efectuó un estudio descriptivo transversal en 100 pacientes internados por diferentes procesos mórbidos y con presencia de tumores cutáneos benignos, en el Hospital de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con el fin de determinar la frecuencia de los tumores cutáneos benignos durante los meses de Agosto a Septiembre de 1999.-

Los tumores cutáneos benignos se agruparon según la clasificación en Clinical Atlas of Dermatology de la siguiente manera: tumores epiteliales (queratosis seborreica, acrocordones fibroepiteliales, queratoacantoma, quistes de milio, quistes epiteliales, quistes dermoides, verrugas); tumores melanocíticos (nevo azul, nevus de ota, nevus de ito, nevus pigmentado congénito, lentigo, mancha café, efelides, nevus epidérmico, nevus lineal, nevus esponjoso, disqueratoma verrucoso, nevus mixtos, nevo de unión); tumores del tejido fibroso (dermatofibroma, fibroma laxo, dermatosis digital infantil, queloides); tumores vasculares (angiomas, hemangiomas cutáneos, hemangiomas capilares inmaduros, hemangiomas cavernosos, hemangioma plano, telangiectasias, granuloma piogeno, nevus rubíes) tumores anexiales (siringomas, poroma ecrino, cilindroma, nevus sebáceo, nevus comedonicos, quistes pilosos, tricoepitelioma, pilomatrixoma) tumores del tejido adiposo (lipomas) tumores del tejido nervioso (neurofibroma) . (8,10)

La muestra de estudio de 100 pacientes, incluyó 50 % del sexo masculino y 50 % del sexo femenino, el grupo etáreo con mayor frecuencia correspondió a los pacientes de 61 años en adelante con 43 casos (43 %) seguido por los de 41 a 60 años con 34 casos (34 %)(cuadro No. 1). Lo anterior tiene su importancia pues se evidencia que la prevalencia de los tumores cutáneos benignos es mayor conforme avanzan los años debido a múltiples factores: raza, patrones hereditarios mendelianos, inmunosupresión, factores ocupacionales.- (3,8)

En el cuadro No. 2 en donde los Tumores Cutáneos se distribuyen según sexo se demuestra predominio masculino en el grupo de tumores epiteliales, tal como esta descrito en la literatura; dentro de este grupo de tumores los mas frecuentes son las Queratosis Seborreicas que afectan a ambos sexos, lo que podría explicarse por la alta prevalencia de tales tumores en edades avanzadas, según la literatura se tiende a infravalorar las Queratosis Seborreicas por ser lesiones triviales. Sin embargo cuando aparecen en gran número estos tumores de forma explosiva forman parte de un síndrome

paraneoplásico (signo de Lesser-Trelat) (15, 12) sin embargo en el presente estudio no se presenta ningún caso.-

En el grupo de Tumores melanocíticos se observa moderada predominancia masculina, todos estos estuvieron representados por Lentigo, Mancha Cafe, Efelides y Nevos Azul, esto no concuerda con lo descrito en la literatura, donde el sexo femenino es afectado tres veces más que el masculino.- (19, 22)

Los tumores del tejido fibroso en su mayor parte Fibroma Laxo, se diagnosticaron con una frecuencia mayor en varones; los tumores anexiales mostraron una leve predominancia femenina, en la literatura no se reporta diferencia entre ambos sexos; los Tumores Vasculares constituidos principales por Nevus Rubies fueron mas frecuentes en el sexo femenino, lo que concuerda con lo descrito en la literatura.- (3, 14)

El cuadro No. 3 muestra los tipos de tumores mas frecuentes según las extirpes celulares, los Tumores Epiteliales ocupan el primer lugar con 96 tipos (31.6 %), los vasculares el segundo lugar con 74 tipos (24 %), los tumores melanocíticos con 32 tipos (10.5 %), los tumores de los anexos alcanzaron 20 casos (6.6 %), lo cual coincide con los resultados del estudio realizado en el Hospital Regional de Dermatología en Chile sobre tumores Cutáneos.- (26)

El cuadro No. 4 muestra los diferentes procesos mórbidos por los cuales fueron ingresados los pacientes; para este estudio se tomaron 37 pacientes pertenecientes al departamento de cirugía y 63 pacientes pertenecientes al departamento de Medicina Interna, los diagnósticos de ingreso reportados en el expediente medico de cada paciente fueron variados en donde hubo presencia de enfermedades degenerativas, infecto-contagiosas, cardiovasculares, enfermedades renales, gastrointestinales, hematológicas, del sistema inmunitario, endocrinas, procesos quirúrgicos.

Según los resultados del estudio, los Tumores Cutáneos Benignos son independientes de los diagnósticos de hospitalización.-

Cada paciente evaluado presentó varios tipos de tumores cutáneos benignos, (promedio 3 por paciente). El tiempo de evolución de dichos tumores fue variado y oscilaban desde el nacimiento en el 16.5 % de los casos, durante la infancia 4.9 %, en la juventud 1.6 % ,de adulto 34.6 % y un 42 % de los pacientes que no recuerdan el tiempo de aparición de los tumores cutáneos benignos.- (Cuadro. No.5)

Como corolario y aunque los citados tumores no ponen en peligro la vida del paciente, lo conveniente es que el médico esté familiarizado con el comportamiento y características de dichos tumores para considerar el momento exacto de degeneración y evitar cualquier iatrogenia al momento de eliminarlos.-

IX. CONCLUSIONES

1. El grupo etáreo mas afectado por los tumores cutáneos benignos fue el comprendido entre los 61 a 80 años, siendo el sexo masculino el mas frecuente con 53.7 % del total de casos encontrados; con una relación hombre – mujer de 1.3 : 1
2. Los tumores cutáneos benignos mas frecuentes son los epiteliales 31.6 %, vasculares 24 % y melanocíticos 10. 5 %, reportado en el exámen dermatológico de los pacientes.-
3. El tiempo de evolución de los tumores cutáneos benignos es prolongado por lo que aumenta con la edad, 34.6 % de los casos.-
4. De los tumores epiteliales las Queratosis Seborreicas es el tumor cutáneo benigno mas frecuente en ambos sexos (12%).-
5. De los tumores vasculares los Nevus Rubíes representan los mas frecuentes en ambos sexos con ligero predominio en el sexo masculino.-
6. De los tumores melanocíticos, el mas frecuente es el Lentigo (4.9%); de los tumores del tejido fibroso, los mas frecuentes son los Fibromas Laxos (2.3 %) y de los tumores anexiales, los mas predominantes son los Comedones (3.8%).-
7. Los tumores cutáneos benignos son independientes del diagnóstico de hospitalización.-

X. RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones retrospectivas-prospectivas, para poder establecer mejor el comportamiento de los tumores cutáneos benignos en la población Guatemalteca, especialmente en los pacientes de avanzada edad.-

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo transversal en 100 pacientes ingresados por diversas patologías, en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y que además presentaban tumores cutáneos benignos; durante los meses de agosto y septiembre de 1999, con la finalidad de describir la frecuencia de dichos tumores según las extirpes celulares, determinar las edades mas afectadas y describir la relación de los antecedentes médicos, con la presencia de tumores cutáneos benignos.-

Para el efecto se realizó exámen clínico dermatológico a los pacientes hospitalizados diagnosticándose 303 tipos de tumores cutáneos benignos de los cuales la mayoría se encontraron en pacientes por arriba de los 61 años con un 43 %; siendo el sexo masculino el mayormente afectado en el 53.7 % de total de casos, con una relación hombre-mujer de 1.3 : 1.-

El tipo de tumores cutáneos benignos mas frecuentes fueron los tumores epiteliales con el 31.6 % de los casos, seguidos por los tumores vasculares (24%) y los tumores melanocíticos con el 10.5% . Los tumores anexiales constituyen el 6.6 % de los casos y los tumores del tejido adiposo, del tejido nervioso y otros el 26 %.-

Entre los tumores epiteliales el mas frecuente fue el diagnóstico de Queratosis Seborreica con el 13%; de los casos, encontrándose entre los tumores vasculares los nevos rubíes con el 22% y entre los tumores melanocíticos el mas frecuente fue Lentigo con el 5% del total de los casos.-

Con respecto al tiempo de evolución, el 42 % de los pacientes no recuerda el inicio y desarrollo de los tumores cutáneos benignos, mientras que el 34.6 % refiere la evolución de dichos tumores en la edad adulta, y un 16.5 % refieren la evolución desde el nacimiento.-

De acuerdo a los resultados del estudio no hay relación entre los antecedentes médicos y la presencia del tumor cutáneo benigno.-

Se recomienda realizar investigaciones retrospectivas- prospectivas, para poder establecer mejor el comportamiento de los tumores cutáneos benignos en la población guatemalteca, especialmente en los pacientes de avanzada edad.-

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Arellano O. Dermatología para el estudiante .
Puebla 3ra. Edición Ediciones 'Año 2,100' 1990 : 32 – 86 p
- 2.- Arenas, R. Dermatología, Atlas, Diagnóstico y Tratamiento.
3ra. Edición México, Mc Graw-Hill 1996: 1 – 17, 436 – 500
- 3.- Basset-S. et al. Genetic Bases of Cutaneous Tumors. Ann.- Dermatol.-
Venerol . J. Am. Dermatology 1988: 122 (4) 217 - 25 p
- 4.- Busam, k. et al Expresion of Melan A. (Marti) In Bening Melanocytoc.
Nevy and Primary Cutáneos Malignant Melanoma. Am – J. – Surg
– Phatol 1998 ; 22 (9): 1067. 72 p
- 5.- Cammarota T. et al Current Uses of Diagnostic High. Frecuency us in
Dermatology Eyr – J – Radiol. 1998; 27 (2) 215 – 223 p
- 6.- Cordero, Fernando A Dermatología Médico Quirúrgica 4ª edición,
Guatemala CA Impresión Litografía Imp color 1976: 530 – 581 p
- 7.- Fawcett, D. Tratado de Histología 11 Ed, Interamericana. México Mc
Graw-Hill 1989: 35 – 72 p
- 8.- Escobar, Carlos. Tumores Cutáneos Benignos, en. Clinical Atlas Of
Dermatology Ferrandiz C. Sponsoring Editor, Linda A. Miller 1988:
523 – 534 p
- 9.- Falabella, R. et al., Fundamentos de Medicina Dermatológica. 5ª.
Edición, Medellín, Colombia, 1998 Corporación para Investigación
Biológica 145 – 179 p
- 10.- Giraldo N. Falabella R. ; Dermatología General Tumores Cutáneos
Benignos, Texto y Atlas. Fitzpatrick, et al 3ª. Edición. Buenos Aires
Editorial Panamericana, , 1987: 280 – 380 p
- 11.- Jawetz, E. et al. Microbiología Medica 14ª. Edición, México Editorial
El manua Moderno, 1992: 78 – 96 p

- 12.- Kim, Y./ Lawley T. Principios de Medicina Interna , Harrison Enfermedades Cutáneas 13 Ava. Edición España 1994 Mc Grawn – Hill Interamericana 342 – 371 p
- 13.- Liga Nacional Contra el Cáncer, Guatemala, Registro Nacional de Cáncer, Guatemala Julio 1996. Boletines Numero 17- 18 1991 – 1992
- 14.- Melton J. et. al. Actinic Keratosis of the Scalp
<http://www.dermatology/mwlton/skindlsn/sknls.htm>
- 15.- Murphy , G. Patología Estructural y Funcional , Cotran Kumar. 4ta. Ed. España 1990 Mc Graw – Hill Interamericana ,: 1345 – 1382 p
- 16.- Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Hechos sobre el Cuidado de la Piel
<http://www.noah.cunyedu/spheatlhyliving/ushc/spinfacts.html>
- 17.- Poulou, D. et al Cytologically Interesting Cases of Primary Skin Tumors.- Diagn. – Cytopathol. 1998 1; 19 (1) : 17 – 28 p
- 18.- Parker, F. Wingaarden Tratado de Medicina Interna , 18 ava, Ed. México. 1991 Nueva Editorial Interamericana: 5247 – 2608.-
- 19.- Pfizer, S. A. Atlas de Dermatología, Editorial Medica Internacional. Madrid. 2da. Ed. Ed. 1989 :218 – 242 p
- 20.- Robinson – E. UV induced melanoma cell lines and their potential for proteome analysis: a review J. Exp 1998. 1- 282 (1-2):48-53 p
- 21.- Rowsman, H. Dermatology. 2ª. Edición. Printed in Swenden Studently Literatur, London 1979: 130 – 196 p
- 22.- Serafín, D. Piel Consideraciones Metabólicas y Quirúrgicas, en tratado de patología quirúrgica Sabiston. 14ava. Ed. México 1995 Mc Graw – Hill: 1544 – 1566 p
- 23.- Swanson, Jason. Anatomy and Histology of normal skin
<http://www.meddean.luc.edu/lumen/meded/medicine/stmb.html>

- 24.- Tuma, G. Tumores Cutáneos Malignos Causística Policlínico de Dermatología Hospital Regional Rancagua. Rev. Dermatolo. Chile 1992 4 (8): 205 - 209 p
- 25.- Wagner RF, Lowitz B.B. Skin Cancers
[http// www.unb.br/degemental/172791/ntm](http://www.unb.br/degemental/172791/ntm)
- 26.- William G. et al. New Studies in Sarcoma, Melanoma and bening tumors [http//rpci.med.buffalo.edu/clinic/stmb/stmb.html](http://rpci.med.buffalo.edu/clinic/stmb/stmb.html)

XIII ANEXO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
HOSPITAL ENFERMEDAD COMUN, I.G.S.S.
Responsable: ALIDA AMANDA TZUB GOMEZ.

“TUMORES CUTANEOS BENIGNOS”

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

- Numero de historia o registro: _____
- Edad: _____ años Sexo : M _____ F _____
- Ocupación: _____
- Antecedentes médicos: _____.
- _____.
- Diagnósticos de hospitalización: _____.
- _____.
- Diagnostico de tumor cutáneo benigno:
- Clínico: _____.
- histopatológico _____.
- Tiempo de la evolución de la lesión cutánea: _____ .
- Antecedentes de tratamiento para la lesión cutánea: _____.
- Antecedentes dermatológicos familiares importantes: _____.
- _____.