



Características clínico-epidemiológicas del carcinoma de células escamosas operado mediante cirugía micrográfica de Mohs en Uruguay

Clinico-Epidemiological Characteristics of Squamous Cell Carcinoma Operated With Mohs Micrographic Surgery in Uruguay

Sr. Director:

El carcinoma de células escamosas cutáneo (CCEc) es un tipo de cáncer común¹, cuya incidencia entre países es variable. En los Estados Unidos dicha incidencia fue de 497 varones y 296 mujeres por cada 100.000 habitantes/año, mientras que en Alemania fue de 54 y 26, respectivamente, y en España de 38 nuevos casos/100.000 habitantes/año^{2,3}.

En Uruguay, los últimos datos publicados pertenecen al periodo 2010-2014 y reportaron una incidencia de CCEc en mujeres de 5,11 casos por cada 100.000 habitantes, y de 13,10 casos en varones por cada 100.000 habitantes⁴.

El Hospital Dr. Manuel Quintela situado en Montevideo, Uruguay, es el único centro público que realiza cirugía micrográfica de Mohs (CMM) en el país.

El objetivo de este estudio es determinar las características epidemiológicas y clínicas del CCEc de alto riesgo tratado mediante CMM a lo largo de un periodo de cinco años.

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo que incluyó a todos los casos de CCEc operados mediante CMM en la unidad quirúrgica de nuestro servicio médico entre noviembre de 2013 y noviembre de 2018. Se incluyó a todos los pacientes derivados de Dermatología o con diagnóstico histopatológico de CCEc e indicación de CMM.

Se estudiaron las variables epidemiológicas de sexo, edad en el momento del diagnóstico, departamento de origen y variables clínicas del paciente tales como fototipo, localización de las lesiones, correlación con el tipo histológico, y si se trataba de un tumor primario o recidiva.

La recopilación de los datos se obtuvo de la revisión de las historias clínicas.

Se incluyó a 72 pacientes cuyas características epidemiológicas se describen en la [tabla 1](#).

Con relación al Departamento de origen del paciente, los resultados se reflejan en la [figura 1](#).

En Uruguay, con relación a las características epidemiológicas evaluadas, el sexo y el rango de edad de los pacientes son consistentes con lo reportado en la literatura^{1,5}. Cabe destacar que la mayoría de las lesiones se produjeron en pacientes varones, de edad avanzada, con fenotipos bajos, localizados en sectores fotoexpuestos, y que algún individuo tenía más de un cáncer a la vez. Observamos una preponderancia clara del número de pacientes y cáncer en fototipos bajos, II y III, de acuerdo con los grupos étnicos predominantes en Uruguay^{6,7} ([tabla 2](#)).

En nuestros pacientes, la topografía más afectada por el carcinoma de células escamosas fue la de cabeza y cuello, quizás debido a que es la región fotoexpuesta más afectada, y a la falta de fotoprotección/fotoeducación en la población. En un estudio prospectivo de 1.263 pacientes, se reportó que el 95,6% de los casos de CCE se localizaba en cabeza y cuello, y las áreas más frecuentemente afectadas eran las orejas, mejillas y nariz⁵.

El CCEc bien diferenciado, seguido de CCE *in situ* fueron los tipos histológicos más frecuentes, debido probablemente al hecho de que en nuestro Hospital tenemos un alto índice de sospecha de lesiones malignas, y podemos detectar el tumor en una etapa temprana, evitando así la posibilidad de progresión desfavorable de la lesión, en comparación con un estudio regional realizado en Brasil, en el que se estudiaron 1.437 casos de CCE, de los cuales el 77% correspondieron a CCE bien diferenciado⁸.

Tabla 1 Epidemiología y características de los pacientes estudiados

Características de los pacientes:				
Pacientes totales: 72 - Lesiones totales: 94				
Epidemiología				
Edad	75 años (P50)			
Distribución de los pacientes totales con arreglo al sexo	Varones: 43 (59,7%)	Mujeres: 29 (40,2%)		
Distribución de los cánceres diagnosticados totales con arreglo al sexo	Varones: 60 (63,8%)	Mujeres: 34 (36,1%)		
Distribución de los pacientes totales con arreglo al fototipo	I: 2 (2,7%)	II: 29 (40,2%)	III: 39 (54,1%)	IV: 2 (2,7%)
Distribución de los cánceres diagnosticados totales con arreglo al fototipo	I: 3 (3,1%)	II: 39 (41,4%)	III: 50 (53,2%)	IV: 2 (2,1%)
Inmunodeprimidos	Trasplante renal: 9	Leucemia crónica: 1	VIH: 1	
Invasión	Neuronal: 1/74	Vascular: 0/74		

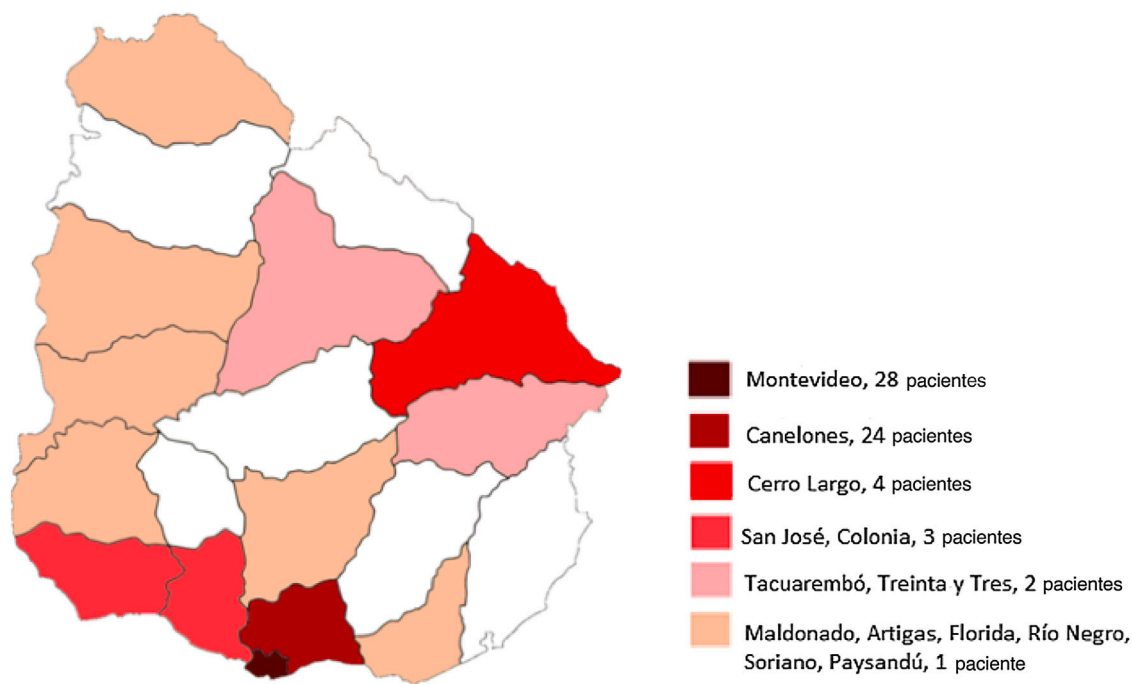


Figura 1 Departamentos de origen de los pacientes operados. Los Departamentos no coloreados no registraron casos.

Tabla 2 Tamaño, localización y recidiva de los tumores

Características tumorales					
Área tumoral p50 (p25-p75): 1,76 cm ² (0,62-3,14)					
Localización	Porcentaje	Frecuencia absoluta	Total CCE	queratoacantoma	Otros*
Cabeza y cuello	63,8%	60	50	3	7
Brazos	13,8%	13	8	5	0
Piernas	11,7%	11	9	0	2
Tronco	7,4%	7	6	1	0
Área genital	3,1%	3	3	0	0
Tratamiento previo en pacientes con recidivas					
Tipo de procedimiento	Número de recidivas n= 14		Tiempo de inicio de la recidiva en meses, media (RIC).		
Cirugía convencional	5		7,5 (3 - 12)		
Cirugía de Mohs	2		15,5 (13,75 - 17,25)		
Otro tratamiento**	7		36 (12 - 48)		

* Carcinoma de células escamosas con diferenciación basaloide, carcinoma cuniculatum y carcinoma de células escamosas acantolítico.

** Otro tratamiento (criocirugía, imiquimod).

En nuestros pacientes, 14 casos habían recibido previamente otro tratamiento, y dos de ellos habían sido tratados mediante cirugía de Mohs. Lee et al. reportaron una recidiva del 3% en CMM vs. el 8% en la resección estándar⁹.

De acuerdo con la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC), entre 2007 y 2011, la distribución fue de aproximadamente el 50% en Montevideo y el 50% restante en las provincias⁴. Con respecto a la variación de la radiación, la variación territorial resulta ser mucho menor que la estacional, debido a la uniformidad geográfica relativa de nuestro territorio. Los lugares costeros del sur (Rocha, Maldonado, Montevideo) tienen menor radiación media, mientras que los

valores más altos se producen en el norte (Artigas, Rivera, Salto, Paysandú)¹⁰. Con respecto a nuestro estudio, 28/72 serían pacientes procedentes de Montevideo. La distribución del origen de los pacientes operados mediante CMM en Uruguay es curiosa, dado que el mayor número de casos se concentra en la capital y su periferia. Probablemente ello sea debido a la mayor cantidad de población localizada en dicho sector, la posibilidad de derivar pacientes, la proximidad al centro, el número de profesionales y la provisión de la técnica en Montevideo.

Sin embargo, es sorprendente que en cinco años existan áreas donde no se reportan casos de pacientes opera-

dos mediante CMS en nuestro centro, lo cual se debe posiblemente a tres alternativas: la primera, que se realizaran derivaciones rápidas y que los tumores fueran de bajo riesgo; la segunda, que fueran operados en otro centro, o la tercera, que se produjeran infradiagnósticos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Green AC, Olsen CM. Cutaneous squamous cell carcinoma: an epidemiological review. *Br J Dermatol.* 2017;177:373–81.
2. Stang A, Khil L, Kajüter H, Pandeya N, Schmults CD, Ruiz ES, et al. Incidence and mortality for cutaneous squamous cell carcinoma: comparison across three continents. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33 Suppl 8:6.
3. Tejera-Vaquerizo A, Descalzo-Gallego MA, Otero-Rivas MM, Posada-García C, Rodríguez-Pazos L, Pastushenko I, et al. Incidencia y mortalidad del cáncer cutáneo en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:318–28, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.12.008>.
4. Cáncer de piel no melanoma y melanoma en Uruguay. Registro Nacional de Cáncer – Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. 2019, http://www.comisioncancer.org.uy/uc_362_1.html.
5. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Hill D, Richards S, Paver R. Cutaneous squamous cell carcinoma treated with Mohs micrographic surgery in Australia I Experience over 10 years. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:253–60.
6. Kauvar AN, Cronin T Jr, Roenigk R, Hruza G, Bennett R, American Society for Dermatologic Surgery. Consensus for nonmelanoma skin cancer treatment: basal cell carcinoma, including a cost analysis of treatment methods. *Dermatol Surg.* 2015;41:550–71.
7. Bucheli M, Cabella W. El perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. 2006, https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=0d5d2e5d-898c-49f6-8465-c3a5b606a284&groupId=10181.
8. Locks Corrêa LH, Perini Popoaski C, Custódio G, Gonçalves CO, SchuelterTrevisol F. Epidemiology of squamous cell carcinomas among the population attended in the city of Tubarão, Brazil, between 1999 and 2009. *An Bras Dermatol.* 2012;87:572–7.
9. Lee CB, Mooyaart AL, den Bos RR. Mohs micrographic surgery versus standard surgical excision? reply from authors. *Br J Dermatol.* 2019, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.18538>.
10. Abal G, D'Angelo M, Cataldo J, Gutiérrez A. Mapa Solar del Uruguay versión 1.0. Memoria Técnica. Facultad de Ingeniería. Universidad de la República. 2010.

J. Correa*, L. Cabanelas, J. Magliano
y C. Bazzano

Unidad de Cirugía Dermatológica. Hospital Dr. Manuel Quintela. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: julio.correa.s@gmail.com
(J.F.E. Correa Sanino).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.07.005>
0001-7310/ © 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).