

# TUMORES DE PIEL

## CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA

M. CAMPOS, A. MUÑOZ, A. SANCHEZ

Se presenta un estudio de 504 casos de tumores de piel en la ciudad de Neiva, en un período de 28 meses. Los tumores benignos son más comunes en personas jóvenes (71%), con edad promedio de 33 años; de ellos los más frecuentes son el nevus melanocítico (12%), los lipomas (10%) y los hemangiomas (7%).

Los tumores malignos llegaron a un 29% de la casuística, más frecuentes en personas de edad avanzada; el 93% se presentó en mayores de 40 años y con un promedio de 61 años; el más frecuente es el carcinoma baso celular (18%).

La correlación diagnóstica clínico-patológica fue del 39% para tumores benignos y del 74% para los malignos, haciéndose hincapié en la necesidad de practicar biopsia de la lesión para confirmar el diagnóstico y la conducta.

### INTRODUCCION

Las neoplasias cutáneas constituyen un grupo de lesiones visibles, comunes, accesibles y variables, hasta el punto de llegar a afirmarse que pocas personas durante su vida se escapan de presentarlas; se estima que del 40 al 50% de las personas que pasan de los 60 años, llegan a tener cáncer de piel durante su vida (1). Todas las estructuras de la piel dan lugar a una extensa gama de lesiones tumorales que han originado a través del tiempo muchas controversias y confusiones sobre su histogénesis, terminología y clasificación (1-3).

Por lo tanto, el estudio de los tumores de la piel merece consideraciones especiales por su alta frecuencia, accesibilidad al diagnóstico, variabilidad terapéutica, altos porcentajes de curación con costo económico bajo, así como por la dificultad que se presenta en ocasiones para llegar a un diagnóstico preciso sólo por su aspecto clínico; esto último hace necesaria la práctica corriente y rutinaria de una biopsia incisional o excisional para establecer una estrecha correlación clínico-patológica, lo cual es objeto de estudio en el presente trabajo.

---

Dr. Marlio Campos Rivera: Jefe, Programa de Control de Lepra; Jefe, Servicio de Dermatología; Hospital General de Neiva; Dr. Augusto Muñoz Valderrama: Médico Cirujano Plástico, ISS; Dr. Aquilino Sánchez Montano: Servicio de Patología, Hospital General de Neiva, Huila.

Solicitud de separatas al Dr. Campos.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron todas las lesiones cutáneas clasificadas clínicamente como tumores de piel, ya fueran benignas o malignas y confirmadas por estudio histopatológico, en pacientes que consultaron al Hospital General de Neiva, al Instituto de Seguros Sociales, a las Cajas de Previsión y en consulta particular de los autores en la ciudad de Neiva (Huila), durante un periodo de 28 meses comprendido entre el 1º de enero de 1979 y el 30 de abril de 1981.

En todos los casos estudiados se señalaron el sexo, la edad, la localización, el diagnóstico clínico y el estudio histopatológico del material obtenido por biopsia, fijado en formol al 10% para posterior proceso de laboratorio, empleándose la tinción de hematoxilina y eosina. El estudio clínico e histopatológico fue realizado por los servicios de dermatología, cirugía plástica y patología de las entidades antes mencionadas.

RESULTADOS

Durante el periodo mencionado (28 meses) el total de casos estudiados llegó a 504, para un promedio mensual de 17,85. En todos los casos se realizó la historia clínica y el estudio histopatológico.

De este gran total, 29% (148/504) correspondieron a tumores malignos y 71% (356/504) a tumores benignos.

La distribución según el sexo fue de 47% (238/504) para el sexo masculino y de 53% (266/504) para el sexo femenino. Correlacionando el sexo con el tipo de tumor encontramos tumores benignos en el 42% (214/504) de las mujeres y el 29% (144/504) de los hombres; y malignos en el 17% (87/504) de los hombres y el 12% (61/504) de las mujeres (Figura 1).

Respecto a la edad, hubo un rango de 8 meses a 94 años, para un promedio total de 40 años, siendo 61 años el promedio para tumores malignos y 33 años para los benignos. Al correlacionar la edad con la clase de tumor apreciamos las siguientes diferencias: los benignos son más frecuentes por debajo de los 40 años, 70% (249/356), mientras que los malignos lo son por encima de los 40 años, 93% (138/148) (Figura 2).

En el 49% (248/504) de nuestra casuística, hallamos correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico; no la hubo en el 51% restante (256/504). Dicha correlación clínico-patológica se obtuvo en el 73% (108/148) de los tumores malignos, mientras que para los benignos sólo fue del 39% (140/356).

En cuanto a la localización observamos que la gran mayoría de los tumores los encontramos en la parte ventral del cuerpo en un 86%, mientras que en la parte dorsal se halló

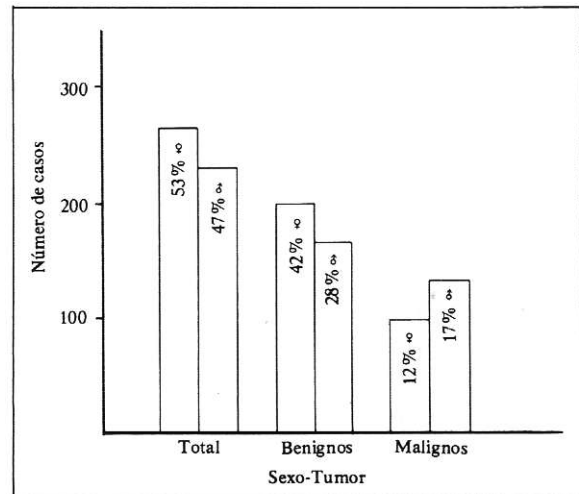


Figura 1. Correlación entre sexo y clase de tumor (benigno /maligno).

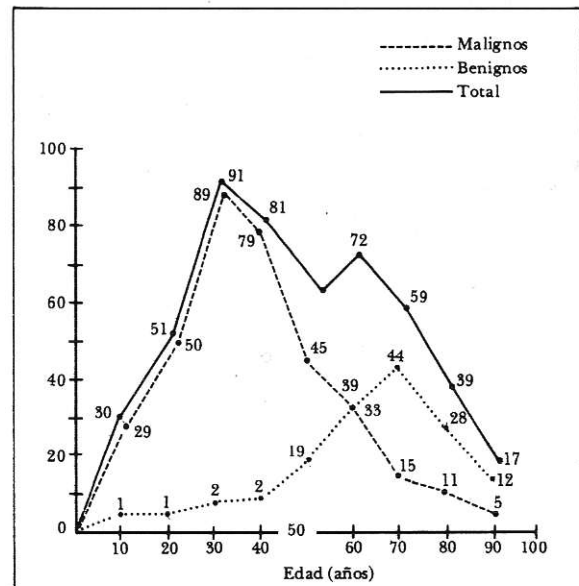


Figura 2. Correlación entre edad y clase de tumor (benigno /maligno).

el 14% (Figura 3). La localización la discriminamos de la siguiente manera (Tabla 1).

Según el tipo de lesión, comprobada por el estudio histopatológico, los clasificamos así: tumores benignos (356 casos) y tumores malignos (148 casos). Los primeros los subdividimos en tres grupos según su origen histológico, a saber: 1) de origen epidérmico (106 casos, 23%), de los cuales los principales son los nevus melanocíticos (64 casos) y la queratosis seborreica (26 casos) (Tabla 1); 2) de origen anexial (57 casos, 10%), destacándose los quistes sebáceos (20 casos) y el quiste pilar (10 casos) (Tabla 3); y, 3) de origen mesodérmico (193 casos, 38%) entre los cuales sobresalen los lipomas (43 casos), los hemangiomas (35 casos) y el granuloma telangiectásico (23 casos) (Tabla 4).

De los tumores malignos el carcinoma basocelular es el más frecuente con 93 casos, seguido del carcinoma espinocelular con 35 casos y del melanoma con sólo 8 casos (Tabla 5).

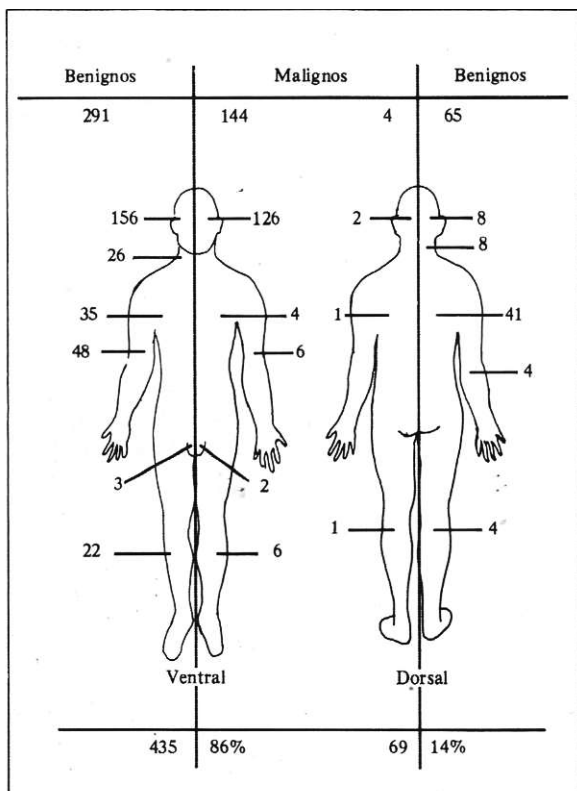


Figura 3. Correlación entre localización y clase de tumor (benigno/maligno).

De nuestra casuística extractamos, de la clasificación anterior, los diez tumores más frecuentes, tanto benignos como malignos (Tabla 6).

**DISCUSION**

Siendo la piel un órgano tan complejo, derivado de varias células primordiales y estrechamente relacionado con los medios externo e interno, no es sorprendente pensar que los tumores benignos y malignos de la piel constituyan un grupo de lesiones tan comunes y variadas, llegando a constituir más de la mitad de todas las neoplasias en el ser humano (4).

Su prevalencia exacta se desconoce, pero su frecuencia es mucho mayor que la referida por las estadísticas de hospitales y de consulta privada. Su número se incrementa cada año. En los Estados Unidos se diagnosticaron cerca de 300.000 tumores de piel en el año de 1976 (5) y más de 400.000 casos en 1979, de

Tabla 1. Localización.

Ventral	(86%)	Dorsal	(14%)
Cara	56%	Tronco	9%
Miembros superiores	11%	Cabeza	2%
Tronco	8%	Miembros superiores	1%
Miembros inferiores	5%	Miembros inferiores	1%
Cuello	5%	Cuello	1%
Genitales	1%		

Tabla 2. Tumores benignos de origen epidérmico.

Nevus melanocítico	64
Queratosis seborreica	26
Queratocantoma	6
Nevus halo	3
Nevus verrucoso	2
Nevus comedónico	2
Nevus piloso	2
Nevus de Otta	1
<b>Total</b>	<b>106 (23%)</b>

Tabla 3. Tumores benignos de origen anexial.

Quiste sebáceo	20
Quiste pilar	10
Tricofolliculoma	6
Tricoepitelioma	5
Poroma ecrino	3
Siringomas	3
Nevus sebáceo	3
Espiroadenoma ecrino	2
Hidradenoma nodular	2
Adenoma sebáceo	1
Esteatocistoma múltiple	1
Siringocistadenoma papilífero	1
<b>Total</b>	<b>57 (10%)</b>

acuerdo a un reciente informe del National Cancer Survey (6), siendo el cáncer de piel el tipo más común de enfermedad maligna (7).

Entre nosotros desconocemos su verdadera incidencia, pero por constituir lesiones visibles, deducimos que sean una causa común de consulta, más por razones de estética y cancerofobia que por síntomas y signos poco comunes en estas lesiones (7-9). Nuestra casuística de 504 tumores de piel es suficiente para que se puedan analizar y concluir de su estudio parámetros válidos para nuestro medio de trabajo.

Tabla 4. Tumores benignos de origen mesodérmico.

Lipoma	43
Hemangioma	35
Granuloma telangiectásico	23
Histiocitoma	21
Fibroma	20
Neurofibroma	13
Linfangioma	10
Pilomatrixoma	8
Quiste dermoide	5
Neurofibromatosis	4
Hemolinfangioma	4
Leiomioma	3
Histioxantoma	1
Xantogranuloma	1
Nevus azul	1
Dermolipoma	1
Total	193 (38%)

Tabla 5. Tumores malignos.

Carcinoma basocelular	93
Carcinoma espinocelular	35
Melanoma	8
Enfermedad de Paget	2
Enfermedad de Hodgking	2
Rabdomiosarcoma	1
Carcinoma adenoquistico	1
Plasmocitoma	1
Carcinoma mucoepidermoide	1
Hemangio-pericitoma	1
Leiomiomasarcoma	1
Hemangioendoteloma	1
Linfoma linfocítico	1
Total	148 (29%)

Tabla 6. Tumores mas frecuentes.

1. Carcinoma basocelular	93 casos — 18%
2. Nevus melanocítico	64 casos — 12%
3. Lipomas	53 casos — 10%
4. Carcinoma escamocelular	35 casos — 7%
5. Hemangiomas	35 casos — 7%
6. Queratosis seborreica	26 casos — 5%
7. Granuloma telangiectásico	23 casos — 4,5%
8. Histiocitoma	21 casos — 4,1%
9. Fibromas	20 casos — 3,9%
10. Quiste sebáceo	20 casos — 3,9%

Así, tenemos que los tumores benignos son los más comunes con 356/504 casos para un 71%; son más frecuentes en el sexo femenino, en personas jóvenes, con una edad promedio de 33 años. La mayor parte son de origen mesodérmico (38%), luego epidérmico (23%) y, por último, los anexiales (10%).

Para nosotros el tumor benigno más frecuente o común es el nevus melanocítico con 64 casos para un 12% de toda la casuística; se les conoce también con los nombres de nevus celulares o lunares. Su mayor frecuencia ocurre en los primeros años de vida (entre los 3 y los 8 años). Su localización más frecuente es en cara, cuello y espalda. Tienen forma y color variables y están formados histológicamente por células névicas muy semejantes a los melanocitos pero sin dendritas, ordenados en grupos o racimos con variaciones en su aspecto o características celulares, localizados en epidermis, dermis o ambas (9-11) (Figura 4).

Siguen, en orden de frecuencia, los lipomas con 53 casos (10%) lo cual corresponde con la literatura médica (10, 12), donde el promedio de frecuencia es del 10 al 12% son comunes a todas las edades, con mayor incidencia en la tercera y la cuarta décadas. En nuestros casos el promedio de edad fue de 38 años, con predominio en la mujer (relación de 2:1) y con una correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico del 87%. Su localización en cuello, hombros y espalda fue del 70% en



Figura 4. Se observan varias lesiones tumorales pequeñas y pigmentadas localizadas en cara, que corresponden a nevus melanocíticos.

nuestros casos. Clínicamente consisten en una masa circunscrita, lobulada, blanda, móvil, localizada en el tejido celular subcutáneo (13); fue único en el 90% de los casos (Figura 5).

En cuanto a los tumores malignos, sólo llegaron a un 29% de nuestra casuística (148/504), siendo más frecuentes en el sexo masculino y más comunes en personas de edad avanzada: 93% en mayores de 40 años, con una edad promedio de 61 años.

En orden de frecuencia tenemos en primer lugar el carcinoma basocelular en 93 casos, 18% de toda la casuística y 62% del grupo de tumores malignos, lo cual concuerda con los informes de la literatura médica del 60 al 75% del cáncer de piel (14, 15); lo siguen el carcinoma escamocelular en 35 casos para un 7% y 24%, respectivamente, y el melanoma en 8 casos para un 1,6% del total y un 6% de los tumores malignos (16, 17).

Respecto al carcinoma basocelular se dice que es invasivo localmente en forma amplia y profunda, con poca tendencia a producir metástasis (18, 19). Sin embargo, existen excepciones a lo anterior ya que en revisión reciente encontraron 90 casos de metástasis (20). En los nuestros no se apreciaron metástasis. Es usualmente único (90 casos) e infrecuentemente múltiple (3 casos) con varias presentaciones clínicas que pueden ser fácilmente reconocibles (Figura 6).

Su ocurrencia predomina en sitios expuestos al sol, siendo éste su mayor factor etio-

lógico (21, 22); de los 93 casos, 87 se hallaban localizados en la cara, 2 en la región retroauricular, 3 en la parte superior del tórax y 1 en la región lumbar. En estos últimos 4 casos, se debe tener en cuenta el trauma físico (cicatrices y quemaduras) como factor etiológico. La edad promedio en nuestros casos fue de 60 años, no hubo diferencia en cuanto al sexo y su concordancia diagnóstica clínico-patológica fue del 85% de los casos.

El segundo tumor maligno en la casuística con 35 casos (24%) es el carcinoma escamocelular. Puede presentarse en cualquier parte de la piel y las mucosas, ya sea de aspecto previo normal o alteradas por irritación crónica producida por luz solar, trauma, osteomielitis, lupus vulgaris, lupus discoide, etc. (14, 22-25). Su complicación es la metástasis, con tasas de incidencia variables que

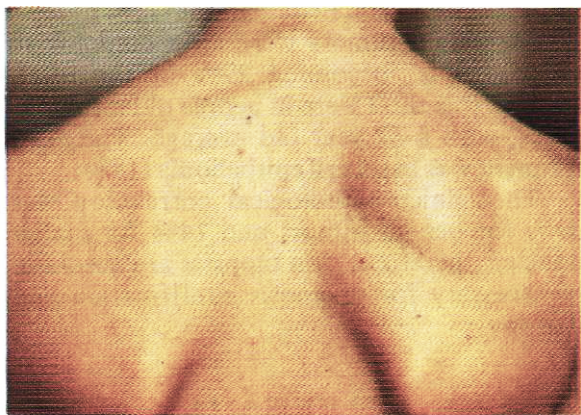


Figura 5. Lipoma consistente en una masa tumoral uniforme blanda y asintomática localizada en la escápula derecha.

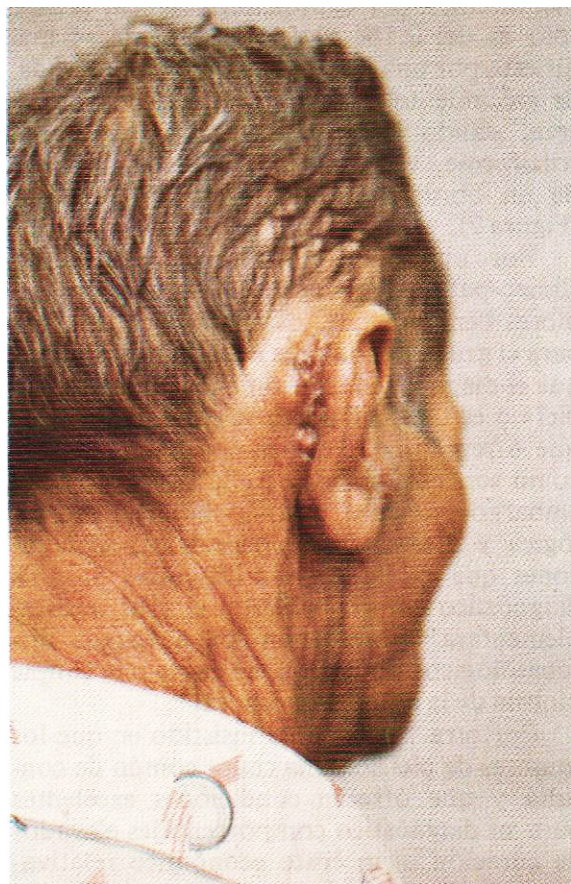


Figura 6. Lesiones nodulares y ulceradas en la región retroauricular correspondientes a un carcinoma basocelular.



Figura 7. Lesión tumoral vegetante, ulcerada, en la región submentoniana con adenopatía metastásica regional en el cuello correspondiente a un carcinoma espinocelular.

dependen de la lesión preexistente, así como de su tamaño, y varía entre un 18% y un 31%; es excepcional cuando se origina en la piel alterada por exposición actínica, la cual sólo es del 0,5% (24). Inicialmente se manifiesta por una induración definida, elevada, de crecimiento lento o rápido, la cual se ulcera, dando lugar a una masa central verruciforme, vegetante o granulosa, rodeada de un borde indurado, evertido y elevado (Figura 7).

Por último, la correlación diagnóstica clínico-patológica fue del 39% para los tumores benignos que, comparada con el 74% para el grupo de tumores malignos, nos indica que el diagnóstico clínico de los tumores de la piel no es tan fácil como se piensa a pesar de que ofrezcan condiciones óptimas para ello, como son su visibilidad y alta frecuencia. Sin embargo, creemos que su similitud morfológica y diversidad etiopatológica, sean razones que expliquen esta dificultad para su diagnóstico clínico correcto, el cual se complementará siempre con los hallazgos histopatológicos obtenidos mediante una simple biopsia de la lesión sospechosa.

Por otra parte, se ha insistido en que los tumores de piel son una causa común de consulta y que ofrecen condiciones excelentes para su diagnóstico con porcentajes elevados de curación a un costo económico relativamente bajo en la inmensa mayoría de los casos. Sin embargo, la existencia de casos

avanzados, sobre todo en tumores malignos, que requieren tratamientos complejos o sofisticados, incapacitantes y/o mutilantes, con largas hospitalizaciones, avocan a una situación frecuente y no justificada (26); esto se evitaría mediante su mejor conocimiento por parte del médico, enfatizándose la necesidad de una historia específica detallada con un interrogatorio adecuado que comprende las siguientes preguntas: 1. ¿Cuándo se inició la lesión? 2. ¿Hay otras lesiones similares? 3. ¿Existe historia familiar? 4. ¿Existen factores precipitantes? 5. ¿Hay exposición actínica o exposición ocupacional? 6. ¿Cuál ha sido el curso o la cronología de cambios en la lesión? 7. ¿Ha sido tratado con anterioridad? 8. ¿Hay recurrencia? Se requiere además una descripción clínica detallada por inspección cuidadosa de la lesión, anotando si es única o múltiple, forma, color, textura, grosor, induración, inflamación, profundidad, fijación o movilidad, diámetro y localización.

Todos estos detalles consignados en la historia clínica de pacientes con tumores de piel, juegan un papel importante para llegar al diagnóstico correcto y a una conducta adecuada.

#### SUMMARY

A study of 504 skin tumors is presented; they were analyzed in Neiva, Huila, during a 28 month period. Benign tumors were the most common (71%) in young people (average age, 33 years); among those the most frequent were: melanocytic nevus (12%), lipomas (10%) and hemangiomas (7%).

Malignant tumors were most common in older people, becoming 29% of the total; 93% of this total were in people older than 40 years, with a 61 year old average. The most frequent was basal cell epithelioma (18%).

The clinico-pathological correlation was 39% for benign tumors and 74% for malignancies; therefore, skin biopsies are absolutely necessary for diagnosis confirmation and therapy.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.— MECCORMACK RM. Skin cancer. Clin. Oncol 6th. ed. American Cancer Society; 1974.

- 2.— PINKUS M. *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw Hill Book Co.; 1971: 399.
- 3.— DEMIS J et al. *Clinical dermatology*. Harper & Row Publishers; 1976: Vol. 4, Unit 20-1.
- 4.— WEISSMAN PA. Skin cancer. *Surg Clin of NA* 1977; 57: 895.
- 5.— N.C.I. Workers Document. The Link of Ultraviolet Light and Skin Cancer, *Med News. JAMA* 1977; 236:1817.
- 6.— MANDEL MA. Foreword: skin tumors. *Clin Plast Surg* 1980; 7: 263.
- 7.— BECHTELL MA et al. Etiologic agents in the development of skin cancer. *Clin Plast Surg* 1980; 7: 265.
- 8.— ZUŠIGA A. Tumores benignos de piel. *Dermat Mex* 1977; 21: 204.
- 9.— HAYNES HA. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 7th. ed. New York: McGraw Hill Book Co.; 7th. 1974: 2024.
- 10.— DEMIS J et al. *Clinical dermatology*. Harper & Row Publishers; 1976: Vol. 4, Unit 24-9.
- 11.— ROOK A et al. *Textbook of dermatology*. 3rd ed. Blackwell Scientific Publications; 1979: 175.
- 12.— REED RJ. *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw Hill Book Co.; 1971: 514.
- 13.— HOWARD WR, HELWING GB. Angiolipoma. *Arch Derm* 1960; 82: 924.
- 14.— GORDON D, SILVERSTONE H. Worldwide epidemiology of pre-malignant and malignant cutaneous lesions. *Cancer of the skin*. Philadelphia: W. B. Saunders Co.; 1976.
- 15.— GELLIN GA et al. Basal cell epithelioma. *Arch Derm* 1965; 91: 38.
- 16.— PALETTA FA. Squamous cell carcinoma of the skin. *Clin Plast Surg* 1980; 7:313.
- 17.— COSMAN B et al. The increasing incidence of melanoma. *Plast Reconst Surg* 1976; 57: 50.
- 18.— LEVER W et al. *Histopathology of the skin*. 5th ed. I. B. Lippincott Co.; 1975:537.
- 19.— ROOK A et al. *Textbook of dermatology*. 3rd ed. Blackwell Scientific Publications; 1979: 2174.
- 20.— CONSTANZA ME et al. Metastatic basal cell carcinoma. *Cancer* 1974; 34: 230.
- 21.— EPSTEIN W et al. The pathogenesis of miliar and benign tumors of the skin. *Invest Derm* 1956; 26: 1.
- 22.— TESSMER CF. Penetration and absorption of ionizing radiations in skin. *National Cancer Institute Monograph* 1963; 10: 393.
- 23.— DEMIS J et al. *Clinical dermatology*. Harper & Row Publishers. 1977: Vol 4, Unit 6-7.
- 24.— HUEPER WC. Chemically induced skin cancers in man. *National Cancer Institute Monograph* 1963; 10: 377.
- 25.— EPSTEIN E et al. Metastases from squamous cell carcinoma of the skin. *Arch Derm* 1968; 97: 245.
- 26.— SOTO MJ, FONSECA CE. Tumores cutáneos malignos 1981; *Trib Med* 748:10.