

Juan Cárdenas-Valladolid<sup>a,\*</sup>, Miguel A. Salinero-Fort<sup>b</sup>,  
Paloma Gómez-Campelo<sup>c</sup>, Ana López-Andrés<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Apoyo Técnico, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, Spain*

<sup>b</sup> *Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, Spain*

<sup>c</sup> *Fundación Investigación Biomédica del Hospital Universitario de la Paz, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz-IdiPaz, Madrid, Spain*

<sup>d</sup> *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, Spain*

\*Corresponding author.

E-mail address: [juan.cardenas@salud.madrid.org](mailto:juan.cardenas@salud.madrid.org)  
(J. Cárdenas-Valladolid).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.014>

## Incidencia del cáncer de piel no melanoma en un cupo del Centro de Salud de Zaramaga



### Incidence of non-melanoma skin cancer in a population of the Zaramaga Health Centre

Sr. Director:

El cáncer de piel no melanoma es el cáncer más común entre la población caucásica<sup>1</sup> y su incidencia está en continuo aumento<sup>2</sup>, siendo el carcinoma basocelular el más frecuente.

Estudios realizados en España, mostraban incidencias similares a algunos países nórdicos de carcinomas basocelulares (alrededor de 0,5 casos/mil habitantes/año), que no parecía estar en concordancia con su situación geográfica. Al presentar elevada curabilidad y baja letalidad, en ocasiones, no se les presta la atención adecuada, y es probable que exista un subregistro considerable. Sin embargo, dado que un estudio reciente muestra incidencias muy superiores<sup>3</sup>, nosotros hemos querido cuantificar la incidencia de esta enfermedad en nuestra consulta.

La radiación ultravioleta es el factor de riesgo dominante<sup>4</sup>. El espinocelular es el modelo de cáncer fotoinducido, siendo la exposición solar crónica su principal causa. Como la dosis es acumulativa, es característico de edades avanzadas y localizado en zonas fotoexpuestas. No obstante, la exposición moderada durante actividades de ocio-deportes podría ser protectora, salvo cuando es intensa o prolongada<sup>4,5</sup>. En el basalioma y el melanoma son la exposición solar intermitente y una historia de quemaduras, especialmente en la infancia, los factores principales.

El riesgo aumenta en casos de predisposición genética, fototipos cutáneos bajos, queratosis actínicas en el carcinoma espinocelular e inmunosupresión.

Aunque existen otros tratamientos alternativos el de elección es la escisión quirúrgica.

Estudio observacional prospectivo donde se valoran todas las lesiones de cáncer cutáneo no melanoma recogidas en consulta y confirmadas con posterioridad mediante el estudio anatomopatológico, durante los años 2010, 2011 y 2012.

La población estudiada perteneciente a un cupo del Centro de Salud de Zaramaga (Vitoria-Álava) compuesto por

1.413 pacientes, de una zona urbana de nivel socioeconómico medio-bajo, siendo el 34% mayores de 65 años (población envejecida).

Puede existir un sesgo de selección por la posibilidad de excluir pacientes atendidos de forma exclusiva a nivel especializado o en clínicas privadas.

Variables; tipos de tumor, localización, características anatomopatológicas, edad, sexo y los diferentes tratamientos administrados.

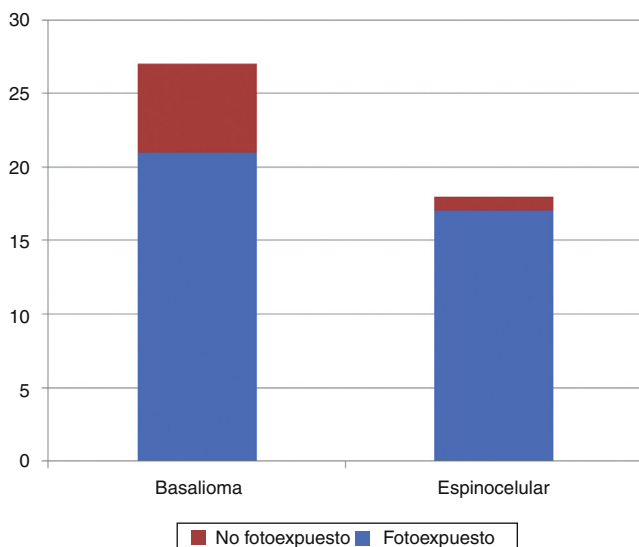
Se valoraron 46 lesiones de cáncer cutáneo no melanótico, en 40 pacientes diferentes y 2 de carcinoma espinocelular en mucosas. De los cutáneos, 27 eran basaliomas, 18 espinocelulares (39% *in situ*; 3 enfermedad de Bowen y 4 cuernos cutáneos) y un dermatosarcoma. Estos datos nos proporcionan una incidencia de carcinoma cutáneo no melanoma de 10,85 casos/mil habitantes/año, muy superior a los registros aparecidos en la bibliografía (4-20 veces superiores). De los cuáles, 6,37 casos/mil habitantes/año corresponden a los basocelulares y 4,24 casos/mil habitantes/año a los espinocelulares.

Afectó fundamentalmente a personas entre 70 y 80 años, con una edad media del espinocelular (77,8 años) superior al basocelular (71,5), siendo en este último mayor en varones (75 frente a 68), dato constatado hasta ahora en pocos estudios.

Se localizaron principalmente en zonas foto-expuestas; siendo del 100% en el espinocelular, excluyendo un caso aparecido en un inmunodeprimido y del 72% en el basocelular (64% en mujeres y 92% en varones) (fig. 1).

En cuanto al tratamiento; 89% escisión quirúrgica, 8,3% imiquimod local (previo diagnóstico con biopsia) y 2% radioterapia local. En un caso la escisión fue amplia y requirió injerto. El 15% de las escisiones quirúrgicas se realizaron en el centro de atención primaria, todas ellas sin complicaciones y con un elevado grado de satisfacción por parte del usuario. Los tratamientos con imiquimod local fueron mal tolerados y en 2 ocasiones dejaron lesiones cicatriciales o despigmentaciones.

Los carcinomas cutáneos no melanóticos son un problema con una elevada incidencia en nuestra población, con incidencias muy superiores a las aparecidas en la bibliografía nacional. El basalioma continua siendo el tumor más frecuente, pero el espinocelular ha experimentado un mayor crecimiento. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, y en casos concretos y con la formación adecuada, puede realizarse en atención primaria con muy



**Figura 1** Incidencia de los diferentes tumores según la localización.

buenos resultados y una elevada satisfacción del paciente. Teniendo en cuenta la trascendencia del diagnóstico temprano en el tratamiento y pronóstico es fundamental que los médicos de atención primaria tengamos una formación adecuada y realicemos una búsqueda activa en nuestros pacientes<sup>6</sup>.

## Bibliografía

1. Madan V, Ler JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. *Lancet*. 2010;375:673–85.
2. Parkin MD. The role of cancer registries in cancer control. *Int J Clinic Oncol*. 2008;13:102–11.
3. Bielsa I, Soria X, Esteve M, Ferrandiz C, Skin Cancer Study Group of Barcelonès Nord. Population-based incidence of basal cell carcinoma in a Spanish Mediterranean area. *Br J Dermatol*. 2009;161:1341–6.
4. Buendia A, Muñoz JE, Serrano S. Epidemiología del cáncer cutáneo no melanoma. *Piel*. 2002;17:3–6.
5. Rosso S, Zanetti R, Martínez C, Tormo MJ, Schraub S, Sancho-Garnier H, et al. The multicentre south European study "Helios". II: Different sun exposure patterns in the aetiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Br J Cancer*. 1996;73:1447–54.
6. Leber K, Perron VD, Sinni-McKeehen B. Common skin cancers in the United States: A practical guide for diagnosis and treatment. *Nurse Pract Forum*. 1999;10:106–12.

Jesús Alberto Sabando Carranza\*,  
Marcos Henrique dos Santos Alentarr y Diana Calvo Carrasco

*Centro de Salud de Zaramaga,  
Vitoria-Gasteiz, Álava, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:*

[alberto.sabandocarranza@osakidetza.net](mailto:alberto.sabandocarranza@osakidetza.net)

(J.A. Sabando Carranza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.012>