

ORIGINALES

Características sociodemográficas del cáncer cutáneo en España

B. Pérez-Suárez^a y A. Guerra-Tapia^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia. ^bServicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Resumen. *Introducción.* La mayoría de los estudios epidemiológicos acerca del cáncer cutáneo están realizados en países con características tanto poblacionales como geográficas muy diferentes a las españolas, por lo que resulta interesante conocer cómo aparecen estas lesiones en nuestra población.

Método. En este estudio se han descrito de manera prospectiva y durante un período de 12 meses consecutivos los tipos de cáncer cutáneo en los pacientes que acudieron por vez primera a la consulta de Dermatología en el área sanitaria 3 del Servicio Murciano de Salud y las características tanto demográficas como sociales de estos pacientes. Los resultados obtenidos se han analizado mediante el programa SPSS versión 11.5 y se han comparado con los de otros estudios llevados a cabo en otros países.

Resultados. Se ha encontrado que los tumores malignos constituyen el tercer motivo primario de consulta más frecuente (16,9%) y el cuarto motivo secundario de consulta dermatológica (8%). Los pacientes que acudieron por dicho motivo eran de mayor edad (69,52 años, intervalo de confianza de 95% [IC 95%]: 67,82-71,21) que el resto de los sujetos de la muestra (34,52 años, IC 95%: 33,23-33,81), predominando los varones (51,7%) frente a las mujeres (48,3%). Estos individuos poseen un bajo nivel de estudios, que además varía según el tipo de tumor desarrollado, y sus trabajos se efectúan predominantemente al aire libre, con una fotoexposición significativamente más alta (3,35 h/d, IC 95%: 3,08-3,62) que el resto de pacientes (2,72 h/d, IC 95%: 2,58-2,86). Además, a medida que aumenta el fototipo disminuye la aparición de tumores malignos de piel. Las lesiones que motivan la consulta al dermatólogo tienen menor tiempo de evolución (11,37 meses, IC 95%: 7,47-15,26) que la del resto de patología (25,83 meses, IC 95%: 22,87-28,80), no presentan picos estacionales y el tratamiento que reciben se fundamenta en la cirugía y la crioterapia. Además, estos pacientes se revisan más (84%) que el resto de pacientes dermatológicos (33%).

Conclusiones. Las lesiones cutáneas malignas o premalignas constituyen un motivo frecuente de consulta dermatológica en el área mediterránea, con unas tasas de frecuentación y un predominio de tipo tumoral diferente al de otros países, probablemente debido al elevado índice de insolación y al fototipo III predominante. Resultaría interesante la realización de estudios similares a nivel nacional.

Palabras clave: epidemiología, cáncer cutáneo, España.

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF SPANISH SKIN CANCER PATIENTS

Abstract. *Introduction.* Most epidemiological studies of skin cancer have been performed in countries with very different population and geographic characteristics to Spain. Investigation of this disease in the Spanish population would therefore be of interest.

Method. Over a 12-month period, this prospective study recorded the types of skin cancer in consecutive patients who attended a dermatology clinic for the first time in health care area 3 of the health service of the Spanish autonomous community of Murcia. The demographic and social characteristics of these patients were determined. The results obtained were analyzed with the SPSS program, version 11.5, and compared with other studies conducted in other countries.

Correspondencia:
Beatriz Pérez Suárez.
Servicio de Dermatología.
Hospital Rafael Méndez.
C/ Floridablanca s/n.
30800 Lorca. Murcia. España.
bpsuarez@hotmail.com

Aceptado el 24 de mayo de 2007.

Results. Malignant tumors were the third most common presenting complaint (16.9%) and the fourth most common secondary complaint (8%). The patients with skin cancer were older (69.52 years; 95% confidence interval [CI], 67.82-71.21 years) than the other patients in the sample (34.52 years; 95% CI, 33.23-33.81 years), and there were more men (51.7%) than women (48.3%). These individuals had a low level of schooling, which varied according to the type of tumor, and most had outdoor jobs, with a significantly higher exposure to sunlight (3.35 h/d; 95% CI, 3.08-3.62 h/d) than the other patients (2.72 h/d; 95% CI, 2.58-2.86 h/d). Furthermore, fewer malignant cutaneous tumors were found in patients with a higher phototype. The length of time since onset of the presenting complaints was shorter for skin cancer (11.37 months; 95% CI, 7.47-15.26 months) than for other skin diseases (25.83 months; 95% CI, 22.87-28.80). Also, there were no seasonal peaks in consultations for skin cancer, and treatment was essentially based on surgery and cryotherapy. In addition, more of these patients had follow-up visits (84%) than other dermatology patients (33%).

Conclusions. Malignant or premalignant skin lesions are a common presenting skin complaint in the Mediterranean region, with differences in terms of attendance rates and predominant tumor type compared to other countries. This is probably due to the high sun exposure and predominance of skin phototype III. Similar studies for the whole of Spain would be of interest.

Key words: epidemiology, skin cancer, Spain.

Introducción

El espectacular avance en el campo de la Dermatología al que estamos asistiendo en las últimas décadas viene de la mano de la investigación clínica, de la epidemiología, así como de nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas. Para adecuar las necesidades del dermatólogo en cuanto a la estructuración de su tiempo asistencial, a sus herramientas diagnósticas y terapéuticas, resulta imprescindible conocer el tipo de pacientes que acuden a la consulta, sus motivos, y las técnicas diagnósticas y terapéuticas que se requieren. Existen estudios llevados a cabo en otros países¹ con este mismo fin, pero, además de haberse quedado un tanto obsoletos, recogen los datos de un tipo de población no mediterránea, de otras costumbres y fenotipos que no siempre son extrapolables a nuestros pacientes. Por tanto, es fundamental la realización de proyectos encaminados a conocer las necesidades reales de nuestro país para ofrecer una cobertura sanitaria adecuada al tipo de pacientes que se atienden y optimizar los recursos económicos y humanos de que disponemos, así como para poner en marcha estrategias preventivas poblacionales y dotación de unidades dermatológicas subespecializadas.

Una de las patologías más importantes y de mayor relevancia, tanto para el paciente como para la sanidad, es la tumoral. El cáncer cutáneo y las lesiones obligadamente premalignas ven aumentada su frecuencia año tras año, debido probablemente al envejecimiento de la población, a las malas costumbres que pusieron de moda un bronceado abusivo y a los cambios en la radiación solar. Para intentar paliar esta orfandad de datos en este campo se ha llevado a cabo un estudio epidemiológico en un área del litoral hispano.

Material y métodos

El presente estudio está realizado en el área III de salud del servicio murciano, territorio que comprende las localidades de Lorca, Águilas, Puerto Lumbreras, Totana y Aledo, y ofrece cobertura sanitaria a unas 150.000 personas, a través de su hospital de referencia (Hospital Rafael Méndez) y de sus centros de especialidades y de salud. Su clima es seco y soleado, y comprende una parte de litoral mediterráneo, sierra y áreas de cultivo. La población está integrada en un 20% por inmigrantes, tanto de origen sudamericano, como árabe, como del norte de Europa, ya que además de ser una próspera zona agrícola, también constituye un importante enclave turístico.

Esta área sanitaria cuenta con dos facultativos especialistas en Dermatología, cuyas consultas reciben el mismo número de pacientes de manera homogénea, siendo por tanto cada una de dichas consultas una muestra representativa de la totalidad de sujetos que son atendidos en el servicio de Dermatología. Los datos han sido recogidos por el dermatólogo investigador durante 12 meses (de marzo de 2005 a febrero de 2006) de manera prospectiva, a través de un cuestionario que rellenaba el investigador una vez que atendía al paciente. Para ser incluidos en el estudio los pacientes del área III tenían que venir citados como primeras visitas, no tener historia previa dermatológica por el mismo motivo en el último año, acceder a proporcionar los datos y dar su consentimiento verbal para utilizar anónimamente sus datos en el presente estudio. Estos requisitos los cumplieron 1.180 pacientes, que son los incluidos en este trabajo.

Se han estudiado los datos de citación de los sujetos (fecha de la cita, tiempo de demora asistencial, médico remitente y tipo de remisión), datos de filiación y antecedentes

(edad, sexo, estudios, profesión, fototipo, fotoexposición, tabaco, comorbilidades, antecedentes personales y familiares dermatológicos), motivos de consulta, tratamiento (médico tópico, médico sistémico, quirúrgico, crioterapia, otros y abstención terapéutica) y revisiones pautadas. Los motivos de consulta se clasificaron en unos apartados generales (enfermedades inflamatorias, nevos, tumores malignos, infecciones, acné, patología capilar y ungueal, estética, autoinmunes, enfermedades de transmisión sexual [ETS] y «otras») que recogían las patologías más frecuentes de cada grupo.

Cuando un paciente refería más de un motivo de consulta se recogían los dos primeros, uno como principal (el que motivaba al paciente a consultar al dermatólogo) y otro como secundario (el que el paciente «aprovechaba» para consultar una vez había expuesto el motivo principal). Aunque en ocasiones estos motivos secundarios también requerían intervenciones terapéuticas, el apartado de tratamientos sólo hace referencia al manejo terapéutico de los motivos de consulta principales. Cuando un mismo proceso precisaba de más de un tipo de tratamiento, se indicaba aquel más agresivo (cirugía > crioterapia > médico sistémico > médico tópico > otros tratamientos > abstención terapéutica).

El apartado de tumores se dividió en los siguientes grupos: lesiones obligadamente premalignas (incluyéndose aquí queratosis actínica, cuerno cutáneo, enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat, leucoplasia y enfermedad de Paget), carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide (de cualquier localización en piel y mucosas), melanoma y otros tumores cutáneos malignos (queratoacantoma, linfomas cutáneos y carcinoma de células de Merkel).

Una vez obtenidos los datos fueron informatizados y se analizaron mediante el programa SPSS versión 11.5.

Resultados

El 16,9 % (n = 200) de los 1.180 pacientes de la muestra consultaron de manera principal (motivo de consulta primario) por una o varias lesiones tumorales u obligadamente premalignas, constituyendo éste el tercer motivo de consulta primario (por detrás de los nevos y de las enfermedades inflamatorias), mientras que en 7 casos más resultó ser un motivo de consulta secundario. En total, el 17,5 % de los sujetos de la muestra consultaron por lesiones de potencial maligno.

La distribución por patologías fue la siguiente: el carcinoma basocelular fue el tipo más frecuente, representando el 41,5 % de la patología tumoral (el 7,3 % del total de la muestra, n = 86); lo siguieron las lesiones obligadamente premalignas, con el 36,7 % (el 6,4 % del total, n = 76); el carcinoma epidermoide cutáneo, con el 15,5 % de los tumores dermatológicos (el 2,7 % del total de casos, n = 32);

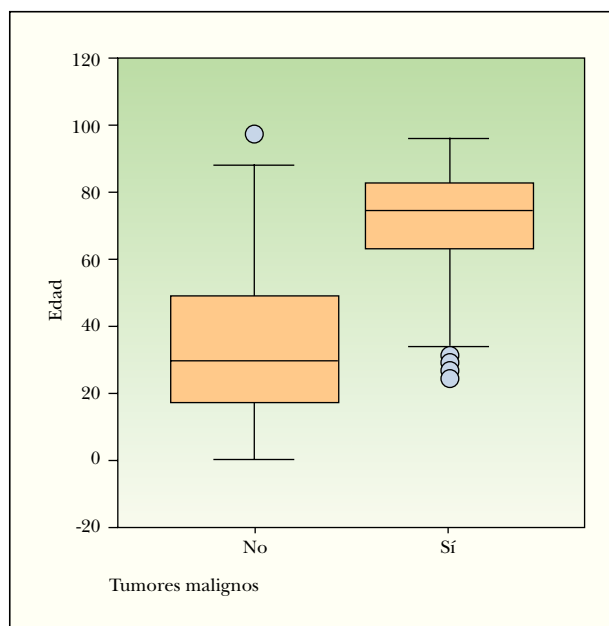


Figura 1. Diagrama de cajas edad-tumor maligno.

otro tipo de tumores cutáneos, con el 4,3 % de los casos (el 0,8 % del total de sujetos, n = 9), y por último el melanoma, con el 1,9 % de los casos de tumores cutáneos (el 0,3 % del total de la muestra, n = 4).

En nuestro estudio no se encontraron diferencias en el modo de citación de estos pacientes comparados con el resto de sujetos control (Chi-cuadrado p = 0,167, no significativo); en cambio, el investigador habría remitido más pacientes de este grupo vía p15 (pacientes que deben ser valorados por el especialista en menos de 15 días) y preferente (Chi-cuadrado p < 0,001).

La edad media de los pacientes que consultaron por lesiones tumorales fue superior a la del resto de sujetos del estudio (Chi-cuadrado p < 0,001) (fig. 1). También se observaron diferencias de edad entre los distintos tipos tumorales (fig. 2), aunque sólo se halló significación estadística (U de Mann-Whitney, p = 0,012) entre los melanomas (más jóvenes) y los carcinomas epidermoides (más longevos), dada la escasez de casos de los primeros.

En nuestro estudio, los varones (51,7%) consultaron más por cánceres cutáneos que las mujeres (48,3 %) (Chi-cuadrado p = 0,009), y aunque las mujeres acudieron más por presentar lesiones premalignas y melanomas, y menos por carcinomas epidermoides y otros tumores malignos, estas diferencias no alcanzaron significación estadística (Chi-cuadrado p = 0,061) (fig. 3).

También se constataron diferencias en el nivel cultural de los pacientes que consultaron por tumores de piel al compararlos con los otros pacientes (Chi-cuadrado p < 0,001), presentando aquéllos un bajo nivel de estudios, con el 25,6 % de individuos analfabetos y el 46,6 % con conoci-

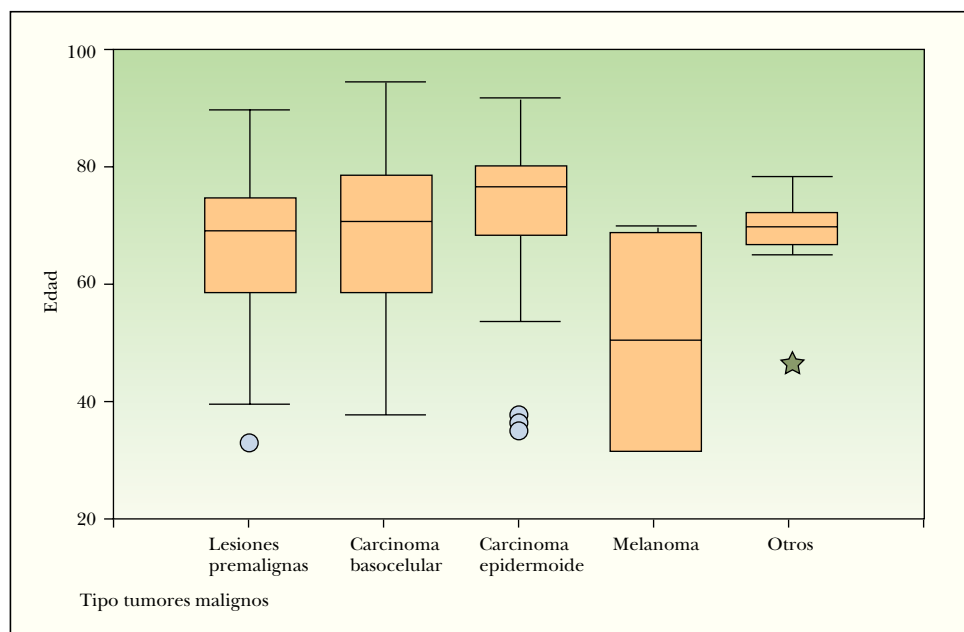


Figura 2. Diagrama de cajas edad-tipo de tumor maligno.

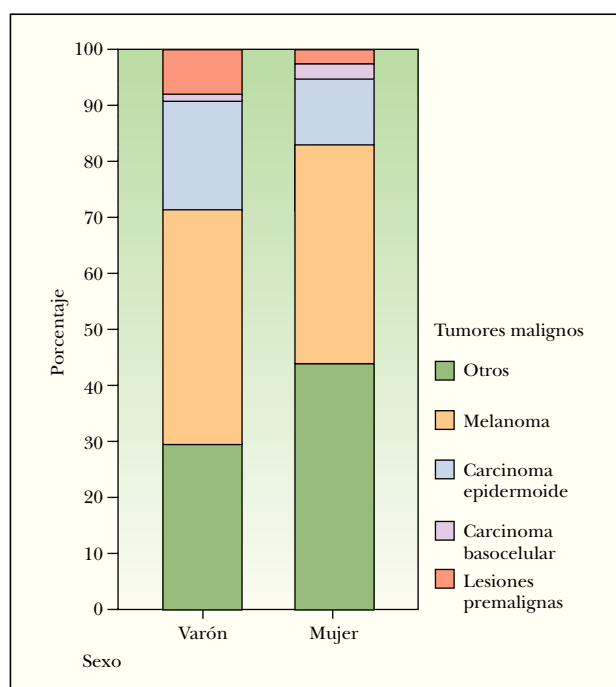


Figura 3. Sexo-tumor maligno.

mientos básicos. Aquí, la mayor edad media podría actuar como factor de confusión, ya que la falta de escolarización es habitual en sujetos de edad avanzada; asimismo, esta carencia cultural les obligaría a realizar trabajos no cualificados, muchos de ellos al sol, con el consiguiente desarrollo de tumores de piel.

Además se encontraron diferencias culturales según el tipo de tumor cutáneo maligno (Chi-cuadrado $p < 0,05$,

$p = 0,028$), variando el nivel de estudios de los pacientes según el tipo de malignidad desarrollada (fig. 4); de esta manera, los pacientes con estudios secundarios presentan más lesiones premalignas, quizá porque son más jóvenes y su nivel les procura trabajos con menor índice de fotoexposición, y a medida que disminuye el nivel cultural aumenta el número de casos de carcinoma epidermoide.

Consecuentemente con los resultados anteriores, se han hallado diferencias relevantes (Chi-cuadrado $p < 0,001$) en el tipo de profesión de los pacientes con tumores malignos respecto al resto de pacientes dermatológicos. Sus trabajos se desarrollan más al aire libre, a tiempo total o parcial y menos a cubierto, sin que haya casos pertenecientes al grupo de «no procede» (por la poca edad).

El análisis de los distintos tipos de tumores no muestra diferencias significativas (Chi-cuadrado $p > 0,05$, $p = 0,093$) en los trabajos que desempeñan, aunque los que trabajan al aire libre tienen más carcinoma epidermoide y los que trabajan a cubierto presentan más lesiones premalignas, posiblemente porque los sujetos con más estudios tienen profesiones a cubierto y así, por una parte, tardan más en desarrollar cáncer de piel y por otro lado, debido a su mayor cultura, consultan de manera profiláctica por lesiones premalignas.

Los pacientes con fototipos bajos (I y II) consultan por tumores malignos con una frecuencia superior a la esperada (Chi-cuadrado $p < 0,001$), y los fototipos altos con menor frecuencia, es decir, que a medida que aumenta el fototipo desciende el número de consultas por tumores malignos cutáneos (fig. 5). En cambio, no se han visto diferencias significativas de fototipo entre los distintos tipos de tumores malignos (Chi-cuadrado $p > 0,05$, $p = 0,619$).

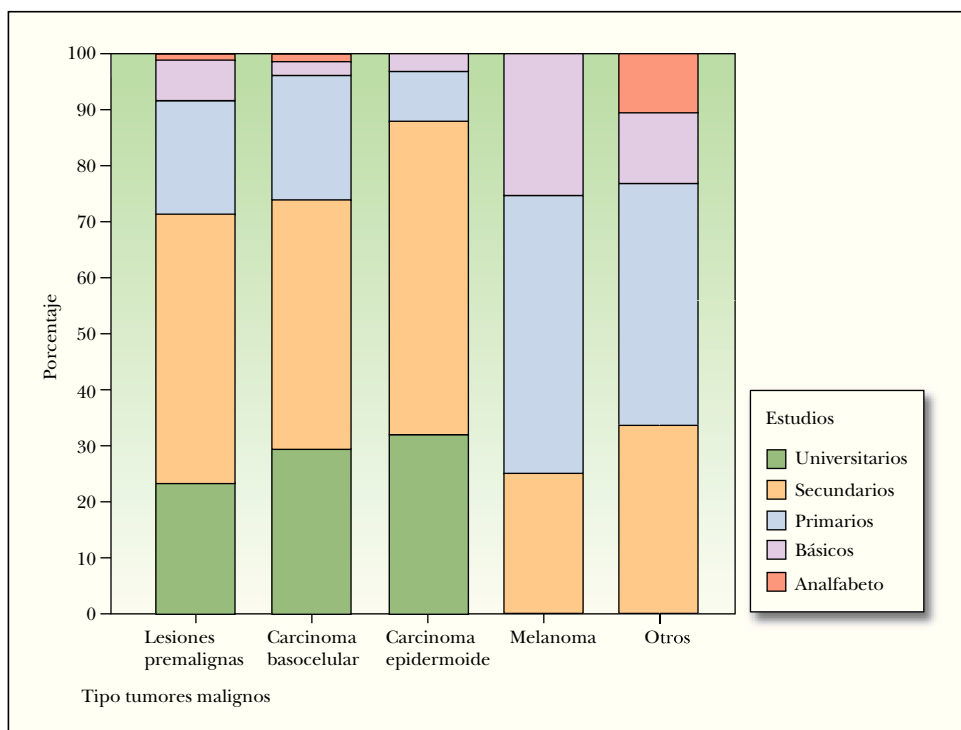


Figura 4. Tipo de tumor maligno-estudios.

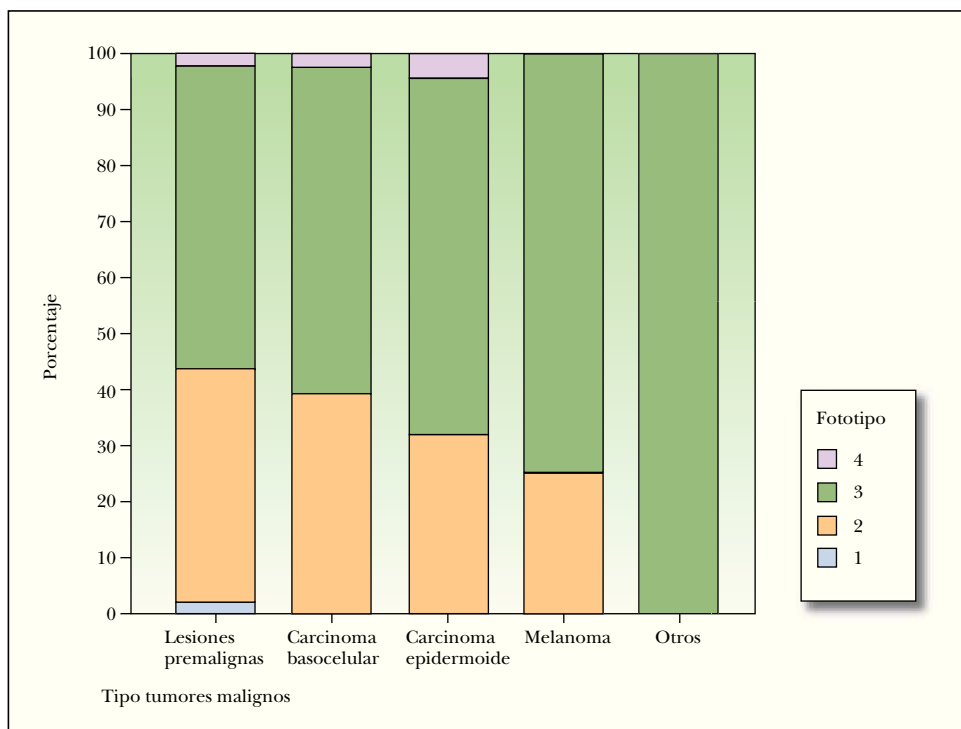


Figura 5. Fototipo-tipo de tumor maligno.

Los sujetos que consultaron por tumores malignos reciben una insolación mayor (U de Mann-Whitney $p < 0,001$) que el resto de los pacientes dermatológicos, sin que se encuentren diferencias significativas (Chi-cuadrado, Kruskal-

Wallis $p > 0,05$, $p = 0,3$, no significativo) entre la fotoexposición y el desarrollo de los distintos tipos de tumores (fig. 6).

Se han encontrado diferencias estadísticamente relevantes (Chi-cuadrado $p < 0,001$) en el hábito tabáquico de los

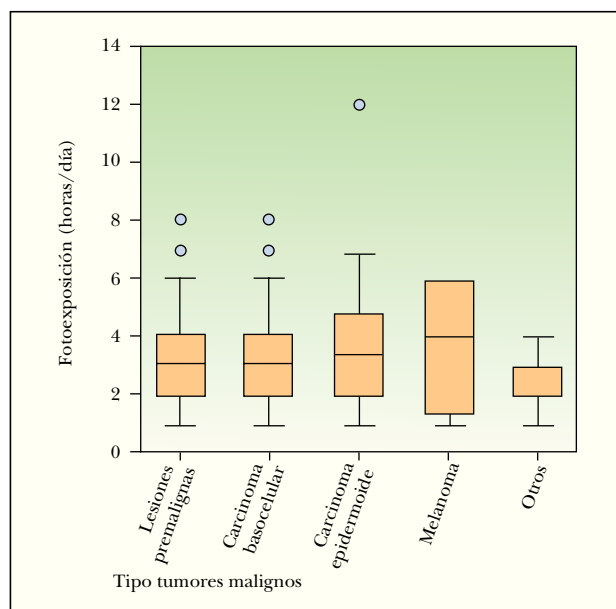


Figura 6. Diagrama de cajas fotoexposición-tipo de tumor maligno.

pacientes con tumores cutáneos comparados con el resto de sujetos del estudio. Estos pacientes pertenecen más al grupo de ex fumadores y no fumadores y menos al de fumadores, sin que haya pacientes del grupo de sujetos menores de 16 años, en el cual no procede interrogar acerca de este hábito. Estos resultados pueden tener su explicación si se tiene en cuenta la mayor edad media del grupo de tumores malignos, lo que favorece que muchos hayan abandonado el hábito y no se encuentren pacientes menores de 16 años.

Los pacientes con tumores cutáneos malignos tienen antecedentes personales dermatológicos diferentes al resto de los pacientes (Chi-cuadrado $p < 0,001$): tienen más antecedentes personales positivos (quizá por su mayor edad media que facilita el haber tenido historia previa dermatológica) y con más frecuencia historia de cáncer no melanoma y de lesiones premalignas, y menos de otras patologías dermatológicas (enfermedades inflamatorias). Estos hallazgos son comprensibles si se tiene en cuenta que una piel madura con alta fotoexposición y fototipo bajo con frecuencia desarrollará varios tumores cutáneos malignos.

De la misma manera, se han encontrado diferencias significativas en los antecedentes dermatológicos personales según el tipo de tumor que presenten: los pacientes que consultaron por lesiones premalignas tienen más frecuentemente historia de «otras lesiones premalignas» y de «cáncer no melanoma» (ya que este tipo de lesiones con frecuencia precede al desarrollo de un carcinoma cutáneo no melanoma); los pacientes con carcinoma basocelular, así como los epidermoides y «otros tumores malignos cutáneos», tenían más antecedentes de cáncer cutáneo no melanoma y de lesiones premalignas (por el mismo motivo); los pacientes diagnosticados de melanoma presentaban más anteceden-

tes personales de melanoma (dado que hay riesgo de desarrollar un segundo melanoma) y también carecen de antecedentes dermatológicos (por su menor edad).

Con una media de 11,37 meses (intervalo de confianza de 95 % [IC 95 %]: 7,47-15,26; mediana de 5 meses y rango de 1 a 360 meses), los tumores cutáneos malignos tienen un menor tiempo de evolución que el resto de los procesos dermatológicos (media de 25,83 meses, [IC 95 %: 22,87-28,8], mediana 12 meses, rango de 0 a 600 meses) (U de Mann-Whitney $p < 0,001$).

También hay diferencias en los tiempos medios de evolución de los distintos procesos malignos, siendo el melanoma con 5 meses y el carcinoma epidermoide con 8,22 meses los tumores por los que más rápido consultan, dada la creciente concienciación de la población con los cambios en las lesiones pigmentadas y la evolución habitualmente agresiva de los carcinomas epidermoides.

El tratamiento de los tumores cutáneos malignos es distinto que el del resto de las lesiones dermatológicas (Chi-cuadrado $p < 0,001$): todos los casos reciben tratamiento (no hay casos que «no precisen»), sobre todo quirúrgico y crioterapia, y apenas requieren terapia sistémica.

Los tratamientos varían según el tipo de tumor maligno (Chi-cuadrado $p < 0,001$), de modo que todos los casos de melanoma y carcinoma epidermoide recibieron cirugía, así como el 95 % de los carcinomas basocelulares, el 85 % de otros tumores y en torno al 10 % de las lesiones obligadamente premalignas. El 62 % de las lesiones premalignas fueron tratadas con crioterapia y el 28 % con tratamiento tópico.

Los pacientes con tumores malignos precisaron más revisiones (84 %) que el resto de los pacientes dermatológicos (33 %) (Chi-cuadrado $p < 0,001$) y se encuentran diferencias en la revisión dependiendo del tipo de lesión maligna (Chi-cuadrado $p < 0,001$). Así, el 45 % de los pacientes con lesiones premalignas no requieren ser revisados frente al 100 % de los pacientes con tumores malignos que sí precisan revisiones pautadas.

Al estudiar la frecuentación mensual de los tumores cutáneos malignos se observa que no presentan picos estacionales (Chi-cuadrado $p > 0,05$, $p = 0,738$). No hay diferencias estadísticamente significativas en el mes de aparición para los tumores malignos respecto al resto de las lesiones. Aunque tres cuartas partes de los pacientes con melanomas consultaron durante los meses de junio-julio (quizás porque al comenzar a llevar menos cubierto el cuerpo con el inicio del verano se ven más los cambios de las lesiones), dado el escaso tamaño muestral tampoco aquí se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

Las lesiones cutáneas malignas, con el 16,9 % de los casos, constituyen el tercer motivo principal más frecuente de

consulta dermatológica en nuestra serie, sólo superado por los *nevus* y las enfermedades inflamatorias, a diferencia de EE.UU., donde el cáncer cutáneo no melanoma ocupaba el sexto lugar en prevalencia². El carcinoma basocelular es el tumor maligno por el que más se consulta en nuestro medio seguido por las lesiones obligadamente premalignas, y a mayor distancia por los carcinomas epidermoides cutáneos, mientras que los melanomas y otros tipos de tumores malignos, afortunadamente, son más raros. Si extrapolásemos estas cifras a la población general, una estimación aproximada de la incidencia de estas lesiones podría ser de unos 115 nuevos casos/100.000 habitantes/año, valor cercano al estimado para el Reino Unido (138 casos/100.000 habitantes/año)³ y para EE.UU. (146 casos/100.000 habitantes/año), pero muy diferente al de Alemania (20 casos/100.000 habitantes/año) o al de Australia (726 casos/100.000 habitantes/año)⁴. El hecho de que en el área mediterránea la fotoexposición suele ser crónica más que intermitente y que el fototipo predominante suele ser más alto que el de los países nórdicos podría explicar unas tasas intermedias en la incidencia del carcinoma basocelular en nuestro estudio. La incidencia anual estimada para el carcinoma epidermoide de piel en nuestro estudio es de 42,6 casos/100.000 habitantes, algo mayor que la de Reino Unido (35,8/100.000 habitantes) y muy inferior a las tasas de EE.UU. (256/100.000 habitantes) y Australia (250/100.000 habitantes)^{3,5,6}. Estos hallazgos son esperables teniendo en cuenta que entre los factores de riesgo para desarrollar un carcinoma epidermoide de piel se encuentra la dosis total acumulada de radiación ultravioleta, muy elevada en la zona del estudio, y entre los elementos que protegen se encuentra la pigmentación oscura de la piel, por lo que la conjunción de ambos en nuestra área produciría una incidencia para carcinoma epidermoide mayor que la de otros lugares con baja insolación y menor que la de otros países con tasas similares de sol pero población con fototipo bajo. La incidencia estimada de melanoma para nuestro medio es de 5,33 casos/100.000 habitantes/año, claramente inferior a la de EE.UU. (10,4/100.000 habitantes)^{7,8}, quizá debida a la protección que ofrece el fototipo mediterráneo comparado con fototipos I y II frente a la aparición de melanomas.

Los médicos remitentes de pacientes a la consulta de Dermatología en nuestro estudio no remitieron con mayor celeridad a los pacientes que presentaban lesiones malignas de piel, comparados con el grupo control, difiriendo así del criterio del dermatólogo, que enviaría a estos pacientes de manera más preferente que al resto de sujetos con problemas dermatológicos. Estos resultados apuntarían hacia la necesidad de realizar una mejor derivación de estos pacientes desde Atención Primaria, fundamentalmente para que puedan beneficiarse de un pronto diagnóstico y tratamiento.

No se ha encontrado una estacionalidad en cuanto a la consulta por tumores malignos de piel, a pesar de que la mayoría de los melanomas se consultaron al inicio del verano (no alcanza cotas estadísticamente significativas debido a la escasez muestral). Dado que la media de los pacientes con melanoma es de 5 meses para consultar al dermatólogo, probablemente el cambio o la aparición de estas lesiones tuvo lugar al final del otoño anterior o principios del invierno, pero no fue hasta que llegó el calor y comenzaron a utilizar menos ropa cuando acudieron al especialista.

Los sujetos que consultaron por tumores malignos de piel eran más viejos que el resto de pacientes dermatológicos, aunque dentro de este grupo los sujetos con melanoma son los más jóvenes y los pacientes con cáncer epidermoide los de mayor edad.

Probablemente secundario a la realización de trabajos fuera de casa, los varones presentan mayor número de tumores cutáneos malignos que las mujeres, sin que haya predominio de género según el tipo de tumor.

El nivel cultural de este grupo de pacientes es bajo (con una alta tasa de analfabetos y sujetos con estudios básicos), más que el del resto de pacientes del estudio, posiblemente secundario a la mayor edad media que tienen y a que el tipo de profesión no cualificada que desempeñan se desarrolla en muchos casos al aire libre, con la subsiguiente aparición de cáncer de piel.

Los pacientes diagnosticados de cáncer cutáneo trabajan al aire libre a tiempo total o parcial más que el resto de pacientes dermatológicos. Así también, estos sujetos reciben mayor exposición solar que el resto de pacientes⁹.

En nuestra serie se ha encontrado que los pacientes con fototipos bajos (I y II) consultan al dermatólogo por cáncer de piel con más frecuencia de la esperada, y que los fototipos altos presentan menos consultas por tumores cutáneos. Así, a medida que aumenta el fototipo disminuyen los tumores malignos de piel, siendo esto congruente con los factores de riesgo postulados en otros estudios^{10,11}. Si se tiene en cuenta todo lo anteriormente expuesto, se obtiene que los pacientes que desarrollan cáncer cutáneo presentan fototipo bajo, trabajos al aire libre y más horas de fotoexposición que el resto de pacientes, confirmando en este trabajo los hallazgos de otros autores^{10,11}.

También el hábito tabáquico de este grupo de pacientes es diferente del grupo control, encontrándose aquí más ex fumadores y no fumadores; probablemente por la avanzada edad media muchos pacientes ya han abandonado el hábito, y además la mayoría de las mujeres de esa edad nunca fumaron.

Estos pacientes tienen con frecuencia una historia previa de cáncer no melanoma y lesiones premalignas, ya que los factores de riesgo (alta exposición ultravioleta, elevada edad y bajo fototipo) inciden en varias localizaciones del tegumento, facilitando el desarrollo sucesivo de diversas lesiones malignas.

El tiempo de evolución medio de los procesos malignos cutáneos es menor que el del resto de patologías, ya que habitualmente la clínica que producen estas lesiones es llamativa e impele al paciente a consultar pronto, sobre todo en el caso de los melanomas y los carcinomas epidermoides.

Lógicamente el tratamiento que reciben los pacientes con cáncer de piel es de manera básica cirugía y crioterapia, y en ningún caso se pautó observación. Asimismo, a excepción de algunos casos de lesiones premalignas, todos los tumores malignos cutáneos requieren revisiones pautadas.

En conclusión, el estudio epidemiológico de la patología dermatológica en un área del territorio español, y en concreto de los tumores malignos cutáneos o lesiones obligadamente premalignas, constituye una herramienta fundamental a la hora de diseñar estrategias de tratamiento, dotación, docencia y prevención para nuestro sistema sanitario, tanto a nivel de especialistas como a nivel de Atención Primaria. En vista de la inadecuada remisión de este grupo de pacientes por parte de los médicos no dermatólogos, que retrasan la consulta de estos sujetos, se deberían potenciar los cursos de reciclaje en Dermatología para los médicos de Atención Primaria. Así, además de la importancia *per se* de este grupo de lesiones, resultan de sumo interés ya que son el tercer motivo de consulta más frecuente en las consultas de Dermatología; además aparecen a lo largo de todos los meses del año, aunque los melanomas suelen consultar cuando comienza el calor y el uso de ropas más ligeras.

En este estudio se ha constatado que los cánceres de piel afectan con mayor frecuencia a grupos de edad avanzada, significativamente mayores que el resto de pacientes dermatológicos y en especial a los varones. La exposición solar resulta un factor determinante en su patogenia y, por tanto, los grupos más afectados son los de menor nivel cultural y los que trabajan total o parcialmente al aire libre. El fototipo es el otro factor genético relacionado también con el desarrollo de tumores cutáneos, con una relación inversamente proporcional, así a medida que aumenta el fototipo disminuye la incidencia de cáncer de piel. El hábito tabáquico no parece estar relacionado con el desarrollo de tumores cutáneos, teniendo estos pacientes cifras más altas de no fumadores y ex fumadores que el resto de sujetos del estudio.

La cirugía dermatológica es la opción empleada con más frecuencia a la hora de tratar esta patología, seguida por la crioterapia, los fármacos tópicos y otro tipo de tratamientos (por ejemplo, radioterapia).

En conclusión, los tumores o lesiones premalignas cutáneas constituyen un verdadero problema de salud pública en el área mediterránea en cuanto a la elevada frecuencia de aparición, debida probablemente a la conjunción de unas altas tasas de insolación y al envejecimiento paulatino de la población. Resultaría interesante la creación de unidades dermatológicas especializadas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología, así como una mayor concienciación tanto de los médicos de Atención Primaria como de la población general.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stern RS, Johnson ML, DeLozier J. Utilization of physician services for dermatologic complaints: The United States, 1974. *Arch Dermatol.* 1977;113:1062-6.
2. Skin conditions and related need for medical care among persons 1-74 years, United States, 1971-1974. *Vital Health Stat (11)*, n.º 212, US Dept of Health, Education and Welfare, November 1978.
3. Roberts DL. Incidence of non-melanoma skin cancer in West Glamorgan, South Wales. *Br J Dermatol.* 1990;122:399-403.
4. Schwartz RA. Verrucous carcinoma of the skin and mucosa. *J Am Acad Dermatol.* 1995; 32:1-21.
5. Gray DT, Suman VJ, Su WP, Clay RP, Harmsen WS, Roenigk RK. Trends in the population based incidence of squamous cell carcinoma of the skin first diagnosed between 1984 and 1992. *Arch Dermatol.* 1997;133:735-40.
6. Marks R, Staples M, Giles GG. Trends in non-melanocytic skin cancer treated in Australia: The Second National Survey. *Int J Cancer.* 1993;53:585-90.
7. Soong SJ, Balch CM, Houghton AN, Sober AJ. Predicting outcome in patients with localized melanoma, in cutaneous melanoma. En: Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ, editors. 3rd ed. St Louis: Quality Medical; 1998. p. 51-61.
8. Ries LAG. *Cancer Statistics Review, 1973-1987* (publ n.º NIH 90-2789). Washington DC: Government Printing Office; 1990. p. I.10.
9. Salinas H, Almenara J, Reyes A, Silva P, Erazo M, Abellán MJ. Estudio de variables asociadas al cáncer de piel en Chile mediante análisis de componentes principales. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97(4): 241-6.
10. D'Errico M, Dogliotti E. The role of p53 mutations in skin cancer. *Chron Dermatol (Roma).* 1996;6:27.
11. Yamaji K, Haniuda K, Shindo Y, Saida T. Squamous cell carcinoma developing in thermal keratoses. *J Dermatol (Tokio).* 1988;15:180-3.