



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E  
HISTOPATOLÓGICAS DEL CARCINOMA BASOCELULAR  
EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
LAMBAYEQUE DEL 2012 AL 2018”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORAS:**

**Bach. MARÍA DEL PILAR CUBAS VILLEGAS**

**Bach. KASSANDRA DE LA CRUZ MONTEZA**

**ASESOR**

**METODOLÓGICO Y TEMÁTICO:**

**Mg. MALDONADO GÓMEZ WINSTON**

**LAMBAYEQUE, MARZO 2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E  
HISTOPATOLÓGICAS DEL CARCINOMA BASOCELULAR  
EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
LAMBAYEQUE DEL 2012 AL 2018”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

---

Bach. MARÍA DEL PILAR CUBAS VILLEGAS

AUTORA

---

Bach. KASSANDRA DE LA CRUZ MONTEZA

AUTORA

---

Mg. WINSTON IVÁN MALDONADO GÓMEZ  
ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E  
HISTOPATOLÓGICAS DEL CARCINOMA BASOCELULAR  
EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
LAMBAYEQUE DEL 2012 AL 2018”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

---

**Dr. VÍCTOR DANIEL LINARES BACA**  
PRESIDENTE DE JURADO

---

**Dr. HÉCTOR ELIAS PORTILLA JACOBO**  
SECRETARIO DE JURADO

---

**Dr. ALFREDO SANTIAGO CHICLAYO PADILLA**  
VOCAL DE JURADO

---

**Dra. DENISSA PAJUELO GARCIA**  
SUPLENTE DE JURADO

## **DEDICATORIA**

A mis padres **Evaristo** y **Yolanda** por su apoyo constante, sus palabras de motivación y el buen ejemplo que día a día me transmiten y a mis queridos hermanos cuyas enseñanzas han sido indispensables en mi formación.

### **María del Pilar**

A mis padres **Marcos** y **María** por el apoyo y amor incondicional para continuar este camino el cual no fue fácil siendo así mi fuente de motivación para seguir adelante superándome cada día, y a mis primos a los cuales quiero como hermanos quienes no permitieron que me rinda con sus palabras de aliento.

**Kassandra**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por permitirnos llegar con salud hasta la fecha, cuidándonos y bendiciéndonos en gran manera.

Al Mg. Winston Maldonado por su apoyo en la realización de este trabajo y sus sugerencias como asesor.

Al hospital y a los doctores que laboran en las áreas en las que ejecutamos este trabajo de investigación y por la facilidad en la obtención de la información.

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RESUMEN.....</b>                         | <b>7</b>  |
| <b>ABSTRACT.....</b>                        | <b>8</b>  |
| <b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>                 | <b>9</b>  |
| <b>II. ANTECEDENTES.....</b>                | <b>16</b> |
| <b>III. BASE TEÓRICA.....</b>               | <b>21</b> |
| <b>IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>        | <b>28</b> |
| <b>V. RESULTADOS.....</b>                   | <b>32</b> |
| <b>VI. DISCUSIÓN.....</b>                   | <b>37</b> |
| <b>VII. CONCLUSIONES.....</b>               | <b>42</b> |
| <b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b> | <b>44</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                          | <b>50</b> |

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La población estuvo conformada por 347 pacientes atendidos en consultorios del servicio de Dermatología, Cirugía plástica y Cirugía de cabeza y cuello con diagnóstico de carcinoma basocelular del 2012 – 2018 y como instrumento se empleó la ficha de recolección de datos.

**Resultados:** Las características epidemiológicas más frecuentes fueron: edades comprendidas entre 66 y 74 años, sexo femenino (58.8%), procedentes del distrito de Chiclayo (38.9%). Respecto a las características clínicas, la localización anatómica más afectada fue la cabeza (92.5%), siendo predominante en la nariz (47%), seguida de las mejillas (11.6%). Los subtipos histológicos más frecuente fueron el nodular y morfeiforme con un 48% y 17% respectivamente y en el 37% de las lesiones se encontró más de un subtipo histológico. **Conclusión:** El carcinoma basocelular fue más frecuente en el sexo femenino, con edad promedio de 70 años, la localización anatómica más afectada fue la cabeza, predominando en la nariz, el subtipo histológico más frecuente fue el nodular tanto en el patrón único, doble y mixto.

**Palabras clave:** carcinoma basocelular, histopatología, morfeiforme

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the epidemiological, clinical and histopathological characteristics of basal cell carcinoma in patients of the Regional Hospital of Lambayeque from 2012 to 2018. **Materials and methods:** Observational, descriptive and retrospective study. The population consisted of 347 patients treated in the Dermatology, Plastic Surgery and Head and Neck Surgery departments with diagnosis of basal cell carcinoma from 2012 - 2018 and the data collection card was used as an instrument. **Results:** The most frequent epidemiological characteristics were: ages between 66 and 74 years old, female sex (58.8%), from the district of Chiclayo (38.9%). Regarding the clinical characteristics, the anatomical location most affected was the head (92.5%), being predominant in the nose (47%), followed by the cheeks (11.6%). The most frequent histological subtypes were nodular and morpheaform with 48% and 17% respectively and in 37% of the lesions more than one histological subtype was found. **Conclusion:** Basal cell carcinoma was more frequent in females, with an average age of 70 years, the anatomical location most affected was the head, predominantly in the nose, the most frequent histological subtype was nodular in both the single, double and mixed.

**Key words:** basal cell carcinoma, histopathological, morpheaform.



# **I. INTRODUCCIÓN.**

## I. INTRODUCCIÓN.

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel no melanoma más frecuente aproximadamente el 70%. Su incidencia aumenta a nivel mundial sobre todo en países tropicales. Esta neoplasia afecta las células basales de la epidermis, es de crecimiento lento y de invasión local y rara vez hace metástasis. Debido que se localiza en zonas expuestas tiene implicancia en la calidad de vida con morbilidad elevada sin embargo baja mortalidad (1–3).

A nivel mundial, en países Asiáticos como en países occidentales se presenta con mayor tendencia en la raza blanca, en el sexo femenino y en mayores de 60 años según la mayoría de estudios siendo además el subtipo histológico nodular el más frecuente (4–11). Sin embargo de forma general en los países asiáticos existe una mayor prevalencia de los subtipos histopatológicos agresivos (morfeiforme, micronodular e infiltrativo) en contrastación a los países occidentales en donde predominan los subtipos histopatológicos no agresivos (nodular y superficial). En cuanto a la localización de la lesión que forma parte de la clínica afecta con mayor frecuencia la región cefálica, la zona de la nariz y las mejillas, salvo en la mayoría de estudios en países asiáticos la zona más comprometida es el párpado inferior y superior (4, 12,13). En los últimos años la incidencia de este cáncer ha estado en aumento según estudios en Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos (14). La fundación de cáncer de piel menciona que aproximadamente 4,3 millones de casos de CBC son diagnosticados en Estados Unidos cada año.

A nivel latinoamericano no existen datos estadísticos precisos debido a que esta patología no es de notificación obligatoria, a pesar de ello un estudio en México

en el “Instituto Dermatológico de Jalisco” reporta un incremento del CBC del 11% en el 2010 a más del 15% en el 2014 , en Colombia se menciona un aumento de 23 a 41 casos por 100 000 habitantes durante los años 2003 al 2007 además se estima que de permanecer la tendencia podría llegar a cerca de 212 casos por 100 000 habitantes para el 2020 (15). Ecuador es otro de los países donde está neoplasia presenta una elevada prevalencia (16).

A nivel nacional se cuenta con pocos estudios. En el Hospital Regional de Ayacucho se reporta una cantidad similar a lo encontrado en el Hospital II EsSalud de Ucayali, de 28 y 29 casos respectivamente; ambos en un periodo de 2 años (4,6). Localmente en un hospital de Minsa se reportó hace 2 años una prevalencia de más del 50 % para CBC lo cual es de preocupación desde el punto de vista del sistema de salud (17).

Otro aspecto es la heterogeneidad histopatológica en la misma lesión, el cual se presenta en un porcentaje escaso, pero de significancia en la decisión de la modalidad terapéutica. Actualmente son insuficientes los estudios en nuestro medio que brinden una aproximación de la realidad en los últimos años relacionado con el carcinoma basocelular y que mencionen de la existencia de la superposición de patrones histológicos en la misma lesión (18).

Por ello es la necesidad de realizar este estudio para describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque durante 2012-2018.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles son las características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes del hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018?

## **HIPÓTESIS.**

No requiere hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

## **OBJETIVOS.**

### **- Objetivo General.**

Describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.

### **- Objetivos Específicos.**

1. Determinar el grupo de edad, así como el género más afectado por el carcinoma basocelular en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.
2. Identificar la frecuencia de la localización de la lesión del carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.
3. Identificar las características histopatológicas más frecuentes de carcinoma basocelular en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.
4. Conocer la frecuencia de la heterogeneidad histológica en la misma lesión del carcinoma basocelular en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.

## **JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.**

El carcinoma basocelular es el tipo más representativo de cáncer de piel no melanoma en nuestra región, además en los últimos años esta incrementado su incidencia a nivel mundial, la importancia de este estudio es brindar datos actualizados y conocimiento acerca de las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas, recalcando la importancia de conocer la frecuencia con la que se presenta la heterogeneidad histológica en la misma lesión y los subtipos histológicos de alto riesgo, ya que esto permitirá al médico enfocarse tanto en el pronóstico como en la recurrencia.

## **DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

### **1. Definición de términos operacionales.**

- **Patrón nodular:** Se caracteriza por presentar islas de células basaloides circunscritas, de forma y de tamaño variable con extensión periférica; se disponen en la dermis. Entre las islas tumorales y el estroma se forman espacios de retracción y se puede observar el depósito de amiloide (19,20).
- **Patrón superficial:** Se caracteriza por presentar múltiples pequeñas islas de células basaloides de contornos definidos y redondos confinados a la epidermis extendiéndose solo hasta la dermis superficial (19,28).
- **Patrón micronodular:** Se presenta de forma similar al subtipo nodular con la diferencia de que los islotes de células basaloides son pequeñas además el empalizado periférico no siempre está bien definido, la retracción peritumoral del estroma es poco frecuente (8,19).

- **Patrón morfeiforme:** Se caracteriza por ser un tumor poco circunscrito que infiltra y se extiende en profundidad a la dermis o los tejidos profundos. Las células basaloides se disponen en islotes pequeños siendo del grosor correspondiente a una o dos capas de células. Pueden a su vez encontrarse cordones o agregados más gruesos que demuestran ramificaciones que adquieren forma de proyecciones digitales. La presencia de empalizada nuclear periférica puede no ser evidente y la retracción peritumoral del estroma puede estar ausente (19,28).
- **Patrón Infiltrativo:** Se caracteriza por la presencia de islotes de células tumorales de diversos tamaños, patrón irregular; se presentan como colecciones o bandas elongadas del ancho de 5 a 8 capas de células. Poca o ninguna empalizada así como retracción peritumoral del estroma. . La invasión perineural es más frecuente en este subtipo (16,19).
- **Patrón basoescamoso:** Se caracteriza por la presencia de islotes formados por células basaloides típicas de CBC junto con focos de células con diferenciación escamosa que simulan un carcinoma espinocelular. (8,19).

## 2. Operacionalización de variables.

| VARIABLES                               | DIMENSIONES  | INDICADORES  | CRITERIO DE MEDIDA  | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---|--------------|--|---|--------------------|
| <b>Características epidemiológicas</b>  | Edad         | años   | Años  | Razón              |
|   | Sexo         | Masculino: (M)<br>Femenino: (F)                          | Masculino: (M)<br>Femenino: (F)   | Nominal            |
|   | Procedencia  | Chiclayo<br>Lambayeque<br>Ferreñafe<br>Otras localidades | Registrado en HC  | Nominal            |
| <b>Características clínicas</b>         | localización | Región anatómica donde se ubica la lesión                | Cabeza<br>Cuello<br>Tronco<br>Extremidad superior<br>Extremidad inferior                      | Nominal            |
| <b>Características histopatológicas</b> |              | Subtipos histológicos                                    | Nodular<br>Superficial<br>Micronodular<br>Infiltrante<br>Morfeiforme<br>Basoescamoso<br>Otros | Nominal            |
|   |              | Heterogeneidad histológica                               | Patrón único<br>Patrón doble<br>Patrón mixto  | Nominal            |

## **II. ANTECEDENTES.**



## II. ANTECEDENTES.

Se realizó un estudio en Arabia Saudita en el 2018 sobre las características clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular durante los últimos 36 años, encontrando que la edad media de los pacientes fue de 71 años, con preponderancia del sexo masculino (58.9%), siendo el párpado inferior el sitio más frecuente con un 52.7%. Clínicamente el 41.1% fue reconocido como una lesión mixta y el 50.4% fue histológicamente nodular (19).

En México del 2013, se realizó un estudio transversal y descriptivo sobre la correlación clínica e histológica del carcinoma basocelular en casos consecutivos, diagnosticados entre marzo y junio del 2012 en el Servicio de Dermatooncología del Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» en donde se obtuvo 62 pacientes con diagnóstico de CBC confirmados con estudio histológico, de los cuales predominó el sexo femenino (61%) y la edad promedio fue de 68 años. El tipo histológico predominante correspondió al CBC nodular (32%), seguido de la variedad infiltrante (23%) afectando con mayor frecuencia la nariz (40%) seguido de la mejilla con 16% (8).

Otro estudio en México del 2017 acerca del perfil epidemiológico del carcinoma basocelular en adultos jóvenes consideró como universo a todos los estudios histopatológicos realizados e interpretados en el Instituto Dermatológico de Jalisco de enero 2010 a diciembre 2014 en donde de un total de 5 079 estudios histopatológicos con diagnóstico de CBC, 453 (8.91%) correspondieron a pacientes menores de 50 años concluyendo así que en un periodo de 4 años la incidencia en la población adulta joven aumentó, quizás no en cifras tan significativas si la comparamos con los adultos mayores además de identificar al

sexo femenino como el género predominante y la región de la cara como la más afectada por esta patología lo cual se relaciona con las actividades ocupacionales. También se infiere que el lugar de residencia está relacionado con el fototipo de piel de los habitantes. (2)

En un estudio de Colombia del 2014 sobre la caracterización de la población con carcinoma basocelular en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta se incluyó un total de 769 casos de carcinoma basocelular, de los cuales el género con mayor preponderancia fue el sexo femenino, el grupo etario más afectado de 55 a 70 años con una edad promedio de 66 años, el 75 % de los tumores se localizaron en la cara, el cuello y la piel cabelluda; el subtipo histológico más frecuente fue el nodular (57 %), el patrón mixto se presentó en el 28% y los subtipos histológicos que la conformaron en mayor proporción fue el nodular e infiltrativo además el 75% correspondían a histologías de alto riesgo de recidiva tumoral. (18)

Se realizó un estudio en Ecuador sobre la determinación del carcinoma basocelular, factores de riesgo, histopatología en adultos mayores que asistieron por consultorio externo de Dermatología del Hospital Universitario entre enero del 2014 a enero del 2015, donde se encontró 50 pacientes con histología positiva para CBC de los cuales se identificó igual afectación tanto en hombres como mujeres y el grupo etario más afectado de 71 a 75 años. Además se encontró con más frecuencia el patrón nodular y superficial, en cuanto a la topografía más afectada fue la nariz con 42% seguida del párpado inferior con 30% (16).

Se presentó un estudio en Ayacucho en el 2015 acerca de la clínica e histopatología del carcinoma basocelular en el Hospital Regional de Ayacucho, donde se encontró que la prevalencia del carcinoma basocelular fue de 1.2%, predominando en el sexo femenino, en pacientes de 61 a 80 años y la localización en la cabeza fue la más frecuente, histológicamente hay predominio del patrón nodular con variantes mixtas (4).

En Lima del 2015 se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Centro Médico Naval sobre características epidemiológicas en donde se incluye 156 pacientes con diagnóstico clínico e histológico de cáncer de piel no melanoma de los cuales 127 casos presentaron carcinoma basocelular presentándose con más frecuencia en el sexo masculino en un 65% y en mayores de 60 años mencionando además que la cabeza en un 80% fue la más afectada por el CBC y el patrón solido se presentó en el 82.7% de las lesiones (20).

Otro estudio realizado en Trujillo del 2016 de los subtipos histopatológicos del carcinoma basocelular y su distribución corporal en pacientes del Hospital Belén de Trujillo entre 2007 y 2013 de un total de 233 casos encontrados, 210 casos se presentó en mayores de 50 años además de ser las mujeres las más afectadas. El subtipo histológico nodular fue el más frecuente encontrándose en 122 casos, seguido del superficial e infiltrativo, también se mencionó que el patrón mixto se presentó en 20 casos (21).

En Ucayali del 2017 se realizó un estudio sobre las características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas del cáncer cutáneo no melanoma en pacientes del Hospital II Essalud Pucallpa en el periodo comprendido entre el

2015- 2016 en donde el 72.5% correspondieron a carcinoma basocelular, el cual afectó en mayor proporción a las mujeres encontrándose como edad promedio 64 años siendo las zonas de la cabeza y el cuello la más comprometidas, el patrón sólido el más frecuente y más del 90% presentaron patrón único distribuyéndose el resto en el patrón doble y mixto (22).

En Chiclayo del 2017 se publicó otro estudio acerca de los aspectos epidemiológicos y clínico patológicos de neoplasia maligna de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque en un periodo comprendido de enero del 2015 a julio del 2016, donde se reportó el carcinoma basocelular como el más frecuente 68.31%, siendo el género femenino con edades entre 64 a 81 años más afectado y la parte del cuerpo más comprometida la cara; en cuanto a la variante histológica, el nodular represento 8.08% y un 3.03% presentó más de un patrón histológico (17).

### **III. BASE TEÓRICA.**

### III. BASE TEÓRICA.

El Carcinoma Basocelular es un tumor epitelial maligno que se origina a partir de las células pluripotenciales del epitelio. Se caracteriza por un crecimiento lento pero es localmente invasivo; posee un bajo potencial metastásico pero tiene capacidad destructora local y compromete extensas áreas de tejido, cartílago e incluso huesos, en las formas clínicas más severas (23).

Se encuentra predominantemente en la piel expuesta al sol, predominando en la cabeza, seguida del tronco, así también en la región perianal, genital, ungueal, palmar y plantar. Los diferentes subtipos histológicos tienen predilecciones por diferentes ubicaciones anatómicas, CBC superficial, se produce principalmente en el tronco, mientras que CBC nodular es el subtipo predominante de la cabeza y el cuello. El CBC superficial es más común en las mujeres, en las que se encuentra más a menudo en las piernas que en otros sitios (23,24).

Los principales factores de riesgo para su desarrollo son la exposición a radiación ultravioleta, los fototipos I y II (piel clara, cabello rubio o rojo, ojos claros), edad avanzada, exposición crónica a arsénico o a radiación ionizante, inmunosupresión y algunas alteraciones genéticas como mutaciones en el gen p53 o xeroderma pigmentoso. La etiología es multifactorial; se observa como principal agente etiológico la radiación UVB, la cual induce mutaciones a nivel del ADN, afectando directamente la vía Hedgehog, lo que activa la replicación de células pluripotenciales en la epidermis. Asimismo, la mutación de otros genes como RAS y el gen supresor de tumores p53 asume un papel importante en la patogenia (25).

Dentro de los subtipos histológicos del CBC tenemos el nodular, superficial, micronodular, infiltrante, esclerosante, basoescamoso, pigmentado, con diferenciación sarcomatoide, con diferenciación anexial, fibroepitelioma. (23) En la práctica es difícil observar lesiones puras, pues estos patrones tienden a mezclarse para constituir las llamadas formas mixtas (26).

El subtipo nodular (sólido), es la variante más común del CBC, se caracteriza por grandes nódulos tumorales en la dermis, es más común en la región de la cabeza y del cuello. Está compuesto por islas de células basaloides y una periferia empalizada, en el centro, se observa un arreglo nuclear al azar con apoptosis frecuente. Las variantes de BCC nodular incluyen queratósica, nodulocístico o quístico y el tejido tumoral adenoide (23).

El subtipo superficial se compone de múltiples pequeñas islas basaloides, que permanecen atadas a la epidermis, y usualmente están confinadas al estrato papilar. Representa aproximadamente el 10-15% de los tumores, y se observan usualmente de lesiones removidas del hombro (5).

El subtipo micronodular, es una variante de alto riesgo de CBC, se caracteriza por nidos pequeños, que a menudo se extienden profundamente en la dermis, la localización más frecuente suele ser en cabeza y cuello. Se caracteriza por micronódulos a menudo dispersos por toda la dermis y el tejido subcutáneo; estos pueden aparecer como satélites separados delineados por un borde delgado de estroma, separados por una dermis normal (23).

El carcinoma basal infiltrante es una variante de CBC caracterizada por cordones tumorales estrechos y nidos con un patrón de crecimiento infiltrativo irregular,

son más frecuentes en la parte superior del tronco, la cabeza y el cuello y en pacientes menores de 35 años. (OMS). Sus características histológicas son distintivas, con nidos alargados de células basaloides de cuatro a ocho células de grosor, que se infiltra entre las fibras de colágeno al azar (5).

El carcinoma basocelular esclerosante o morfeiforme es una variante caracterizada por cordones muy delgados de células basaloides rodeados por abundante estroma colagenizado. Los estrechos cordones del tumor (1 - 5 células de espesor) se comprimen mediante estroma de colágeno esclerótico inducido, lo que altera la arquitectura dérmica normal. El artefacto de retracción es infrecuente. Estos tumores penetran profundamente y muestran un borde irregular / tentacular, profundamente infiltrante con el estroma circundante (23).

El subtipo basoescamoso, se considera una variante agresiva de la célula basal; tiene características tanto de BCC como de carcinoma de células escamosas, así como zonas de transición entre las dos, se presenta con mayor frecuencia en la piel expuesta al sol de los hombres mayores y de piel clara. Según su histopatología, las islas de células basaloides se mezclan con células escamosas atípicas con abundante citoplasma eosinófilo; La célula escamosa atípica puede ser focal o dispersa a lo largo de la lesión. Las zonas de transición contienen celdas con características intermedias entre las dos. La invasión perineural se encuentra en alrededor del 10% de los casos (5).

El carcinoma basocelular pigmentado es una variante que contiene pigmento de melanina. Tiene predilección por los individuos de ascendencia africana, hispana y asiática. Las variantes de BCB tanto nodulares como superficiales pueden contener pigmento, y se considera que pertenecen a la categoría de CBC



pigmentada. EL CBC pigmentado contiene un mayor número de melanocitos dendríticos benignos dentro de las islas tumorales (23).

El carcinoma de células basales con diferenciación sarcomatoide es una variante que tiene un componente epitelial basaloide y estroma sarcomatoso, que puede mostrar una variedad de histologías. Ocurre predominantemente en varones ancianos, en áreas expuestas al sol de la cabeza, el cuello, el tórax y los antebrazos. Según su histopatología un componente del CBC se mezcla con un componente mesenquimal maligno, que puede consistir en sarcoma pleomórfico no diferenciado, osteosarcoma, condrosarcoma, leiomiosarcoma y / o rabdomiosarcoma (23).

El carcinoma de células basales con diferenciación anexial es una variante de CBC con diferenciación hacia las glándulas folicular, sebácea, apocrina o ecrina. Tiene predilección por la piel periocular (23).

El carcinoma basocelular tipo fibroepitelioma (fibroepitelioma de Pinkus) es un variante rara, afecta más comúnmente al tronco, en particular a la espalda, rara vez son múltiples. Presenta una lesión nodular que asemeja a un fibroma o papiloma. Se compone por anastomosis de columnas de células basaloides, asociado con un estroma fibroso (23,27).

En cuanto al tratamiento existe una variedad de tratamientos como la criocirugía, cirugía micrográfica de Mohs, radioterapia, cirugía convencional, láser y terapia fotodinámica. Según estudios la primera opción es la cirugía sin embargo se debe mencionar que la radioterapia se encuentra en segundo lugar con menor

tasa de recurrencia. La elección del tratamiento depende de la localización, el subtipo histológico además de la edad, estado y preferencias del paciente (4,25).

La extirpación quirúrgica excisional se indica en el subtipo nodular y superficial con márgenes bien delimitados, menores de 20mm, y que pueden ser extirpados con un margen de piel sana de 4mm. En áreas anatómicas donde es posible el cierre primario de la herida (25).

La extirpación quirúrgica (electrofulguración y curetaje) se utiliza en CBC primarios menores de 13mm, y que no estén localizados en zonas de alta recurrencia. Debe evitarse este tipo de tratamiento lesiones morfeiformes y recurrentes (25).

La criocirugía esta indicada en CBC con márgenes bien delimitados, en tumores superficiales extensos, múltiples, tumores sobre cartílago, tumores sobre cicatrices de quemaduras, en áreas de predisposición a cicatriz queloide, tumores en áreas de poca movilidad de tejido, como párpado, nariz, orejas, frente y regiones temporales (4).

La radioterapia indicada en lesiones de cabeza y cuello mayores de 4cm, pacientes adultos mayores, tratamiento paliativo en ancianos con carcinomas muy avanzados, pacientes con terapia anticoagulante, pacientes con tendencia a queloides, áreas en que la cirugía pudiera dejar secuelas funcionales, y cosméticas importantes (25).

La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación en capas de los tumores. Una de sus ventajas es que preserva al máximo el tejido sano debido a la supervisión microscópica que permite analizar

el 100% de los bordes tumorales de cada una de las capas y así guiar al cirujano hasta la completa extirpación del tumor. Las indicaciones de la CMM en carcinomas basocelulares. Útil en tumores localizados en o alrededor de párpados, orejas, nariz, labios, pliegue nasolabial, frente, cuero cabelludo, y zonas de fusión de pliegues embrionarios y con un tamaño mayor de 2cm, en aquellos subtipos histológicos como el morfeiforme, infiltrativo, micronodular y con alto riesgo de recurrencia (4,25).

## **IV. MATERIALES Y MÉTODOS.**

## IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

### 1. Tipo de estudio:

Tipo de Investigación: Tipo Cuantitativo.

Diseño de estudio: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

### 2. Población y muestra.

La población de estudio estuvo conformada por 347 pacientes atendidos en los consultorios del servicio de Dermatología, Cirugía plástica y Cirugía de cabeza y cuello del Hospital Regional Lambayeque, con diagnóstico definitivo de carcinoma basocelular (CIE10 C44.9), durante los años 2012 a 2018.

El muestreo es no probabilístico censal, se trabajó con la totalidad de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### 3. Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma basocelular realizado en este hospital.

### 4. Criterios de exclusión:

Pacientes con historia clínica incompleta en lo que respecta a localización de la lesión y datos epidemiológicos.

### 5. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos

La investigación se desarrolló mediante la técnica observacional a través de la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular (CIE10 C44.9) en el Hospital Regional Lambayeque durante los años 2012 a 2018. Se empleó la ficha de recolección de datos (Anexo N° 1),

su estructura presenta las siguientes partes: datos epidemiológicos (edad, género y procedencia), datos clínicos: localización anatómica, la cual está dividida por regiones (cabeza, cuello, tronco, extremidad superior y extremidad inferior) y datos histopatológicos representado por los subtipos histológicos (nodular, superficial, micronodular, infiltrante, morfeiforme, basoescamoso y otros) y la heterogeneidad histológica (patrón único, doble y mixto).

## **6. Procedimiento**

Para la obtención de información se utilizó la ficha de recolección de datos, se recurrió a archivo de historias clínicas de HRL, previos permisos solicitados. Los casos en que la información estuvo imprecisa acerca de las características histopatológicas se procedió a la revisión de láminas con ayuda de médicos anatomopatólogos y especialistas en dermatología.

## **7. Técnica de procesamiento y análisis de datos**

Los datos registrados a partir de la ficha se procesaron y analizaron creando una nueva base de datos en los programas informáticos SPSS Vr.24, Microsoft Excel v.2010. Para la variable cuantitativa (edad), se utilizó mediana y rangos intercuantílicos; para las variables cualitativas o categóricas (sexo, procedencia, localización anatómica, subtipos histológicos y heterogeneidad histológica) el análisis estadístico que se realizó fue con el uso de medidas de frecuencia, además se plasmó los resultados en tablas y gráficos.

- **Aspectos éticos**

Se tramitaron los permisos necesarios tanto en nuestra facultad de medicina como en el Hospital Regional de Lambayeque para la ejecución del proyecto y se obtuvo aprobación por parte del comité de ética y de la oficina de investigación del hospital en mención, la información obtenida de las historia clínicas fue manejada exclusivamente por las investigadoras y en completa confidencialidad.

## **V. RESULTADOS.**



## V. RESULTADOS.

**Tabla N° 01: Características epidemiológicas del carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.**

| <b>CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Sexo</b>                            |          |          |
| Masculino                              | 143      | 41.2     |
| Femenino                               | 204      | 58.8     |
| <b>Procedencia provincia</b>           |          |          |
| Chiclayo                               | 135      | 38.9     |
| Lambayeque                             | 108      | 31.1     |
| Ferreñafe                              | 45       | 13       |
| Otras localidades                      | 59       | 17       |

Fuente: Hospital Regional Lambayeque- servicio de Dermatología. 2012-2018.

N= número de pacientes.

Se obtuvo que el grupo etario que predominó fue 66-74 años con una edad promedio de 70 años.

**Tabla N° 02: Características clínicas del carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.**

| <b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|----------|----------|
| <b>Localización anatómica</b>   |          |          |
| <b>Cabeza</b>                   | 335      | 92.5     |
| nariz                           | 170      | 47       |
| mejilla                         | 42       | 11.6     |
| frente                          | 12       | 3.3      |
| oreja                           | 18       | 5        |
| párpado                         | 29       | 8        |
| cuero cabelludo                 | 5        | 1.3      |
| labio superior                  | 13       | 3.6      |
| otros                           | 46       | 12.7     |
| <b>Cuello</b>                   | 10       | 2.8      |
| <b>Tronco</b>                   | 10       | 2.8      |
| <b>Extremidad superior</b>      | 4        | 1.1      |
| <b>Extremidad inferior</b>      | 3        | 0.8      |

Fuente: Hospital Regional Lambayeque- servicio de Dermatología. 2012-2018

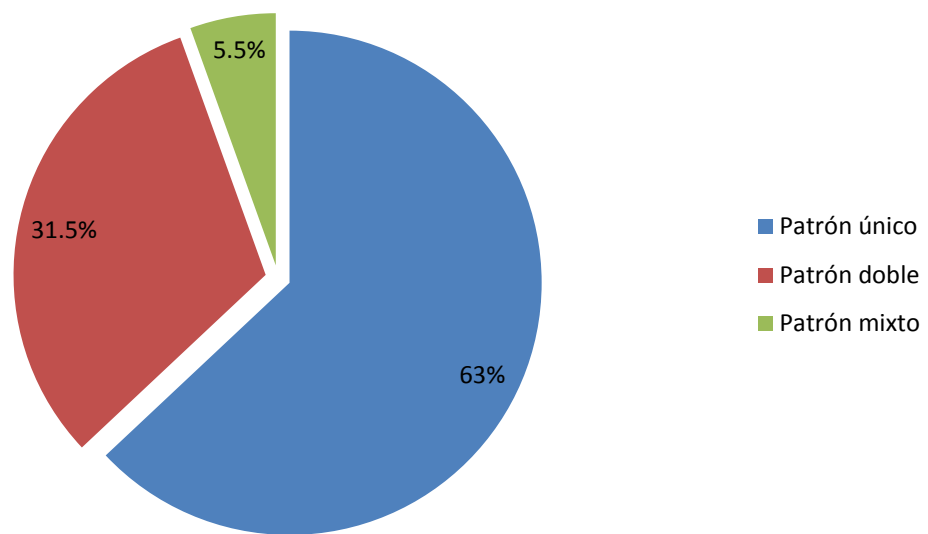
N= Número de lesiones

**Tabla N° 03: Características histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.**

| <b>CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Subtipo histológico</b>              |          |          |
| Nodular                                 | 286      | 48       |
| Morfeiforme                             | 101      | 17       |
| Infiltrativo                            | 32       | 5,4      |
| Basoescamoso                            | 22       | 3,7      |
| Superficial                             | 16       | 2,7      |
| Micronodular                            | 14       | 2,4      |
| Otros                                   | 124      | 20.8     |

Fuente: Hospital Regional Lambayeque- servicio de Dermatología. 2012-2018

N: Número de subtipos histológicos



**Gráfico N° 01: Frecuencia de la Heterogeneidad histológica del carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque del 2012 al 2018.**

## **VI. DISCUSIÓN.**

## VI. DISCUSIÓN.

En nuestro estudio según los resultados expuestos el grupo etario que predominó fue de 66-74 años con una edad promedio de 70 años, dato similar al estudio de Alcalá (8) en México el cual fue 68 años además de coincidir con 2 estudios en Perú de Cucho y de Chafloque (4,18) siendo 71 años y 73 años la edad promedio respectivamente, corroborando así que la mayor afectación del CBC es en pacientes mayores debido a la acumulación de las radiaciones ultravioletas y a la falta de fotoprotección la cual es limitada en cuanto a la práctica. Otro punto a mencionar es que la afectación del CBC en los pacientes menores de 50 años está en aumento, presentándose en el 13.8% en nuestro trabajo, cantidad superior a lo encontrado en el estudio de Sánchez (2), en donde dicha patología se presentó en el 8% en el mismo grupo etario. Esto debido a los estilos de vida actuales en donde las vacaciones en la playa, las actividades en centros recreativos y al realizar algunos deportes son más frecuentes sobretodo antes de la cuarta década de la vida.

Con respecto al sexo se presentó una relación de 1.4:1 a predominio del sexo femenino con un porcentaje de 58.8% parecido a los resultados de los estudios de Alcalá y Nova (8,18), siendo estos 61% y 59% respectivamente, sin embargo en otros trabajos de investigación se encontró preponderancia del sexo masculino o afectación similar de ambos géneros como en el estudio realizado por Patiño, Al Wohaib y Meza (16,19,20). Esta desigualdad se puede deber a la diferencia en la naturaleza de las actividades recreativas, deportivas, ocupacionales así como la exposición a factores de riesgo asociados (raciales y/o culturales), o a cierto predominio del sexo femenino respecto al cuidado de

la piel o debido a que buscan mayor atención médica, tomando en cuenta que este estudio se realizó en un solo hospital, por lo que este dato puede diferir con la población total.

En cuanto al lugar de procedencia se observa que la mayor parte de la población afectada en la región de Lambayeque continúa siendo la provincia de Chiclayo (41%), al igual que el estudio de Chafloque (17) realizado en este mismo hospital, por ende no se puede inferir acerca de los elementos que estuviesen relacionados con este resultado, ya que es necesario más estudios en esta localidad. El 31% de los casos proviene de Lambayeque y el 9% de Ferreñafe, sin embargo cabe mencionar que estos resultados pueden variar con el tiempo en diferentes ciudades de acuerdo a diversos factores como el fototipo de piel, un dato que muchas veces es omitido en las historias clínicas, la ocupación el cual también toma valor en la filiación en la entrevista médico-paciente para conocer si este conlleva a la exposición crónica al sol contribuyendo así al desarrollo del CBC, las costumbres de los habitantes y el nivel de conocimientos en cuando a la fotoprotección.

Con frecuencia se evidenció que afectó la región cefálica centrándose el mayor porcentaje en la nariz ( 47%) y las mejillas (11.6%) concordante a los estudios de Cucho (4) donde la cabeza ocupó el primer lugar con 46.42%, y por Alcalá (8) en donde la nariz y las mejillas representan un total de 40% además coincide con lo encontrado por otros estudios en occidente (10,16–18,20,22) pero difiere a lo encontrado por Al Wohaib (19) en Arabia Saudita en donde la topografía más afectada fue el párpado inferior (52.7%) seguida del epicanto medial. Otro estudio por Yang (12) en Asia particularmente en Corea también menciona que

a comparación a los países occidentales el parpado así como la localización del tumor en áreas no expuestas como el tronco fue afectado en una proporción relativamente superior. Esto se debe a las diferencias de costumbres entre los países orientales y occidentales en donde la fotoprotección como las gafas solares no son habituales en los asiáticos siendo su utilidad solamente para fines estéticos por lo cual son propensos a que la lesión se ubique en toda la región orbitaria y periorbitaria.

El subtipo histológico más frecuente durante los 7 años fue el nodular (48%) concordante con lo encontrado por otros estudios en diferentes países (8,10,18,19). El patrón superficial representó el 2.7%, cantidad inferior a lo encontrado en el estudio de Nova (17). De forma general los subtipos no agresivos representaron más del 50% concordante con los estudios realizados por Patiño, Nova y Benites (16, 18 y 21). Se observa que los subtipos histológicos agresivos (micronodular, morfeiforme e infiltrativo) si bien se presentan en nuestro trabajo en un total 28.5% con predominio del subtipo morfeiforme (17%) seguido del subtipo infiltrativo (5.4%) similar a lo citado por Nova (17), lo hacen en un menor porcentaje a diferencia de lo que ocurre en la población asiática según lo que reporta Yang (12) donde toman valores quizás no tan representativos pero su presentación es superior a la mencionada en países americanos. Además dentro del grupo “otros” con mayor frecuencia se encontró el subtipo pigmentado.

La heterogeneidad histológica en la misma lesión como mencionamos anteriormente es un factor de importancia por lo que enfatizamos en nuestra investigación hallándose el patrón doble y mixto en el 31.5% y 5.5%



respectivamente de la población en estudio, encontrándose en todos los casos la presencia de al menos un subtipo histológico no agresivo y siendo la combinación histológica más frecuentes entre ellos conformado por los subtipos nodular, morfeiforme e infiltrativo siendo estos porcentajes mayores en comparación con lo encontrado en el estudio de Chafloque (17) donde se presentó el patrón mixto en el 3.03% sin embargo no alcanzan los valores numéricos con lo reportado por Al Wohaib y Nova (17,19) en donde el patrón mixto ocupó el 41.1% y 28% respectivamente. La presentación de los subtipos histológicos de alto riesgo como patrón único o asociado a otras variantes en la misma lesión en nuestro estudio se presentó en un porcentaje considerable como se mencionó anteriormente, por lo que se podría plantear el uso de otras alternativas en el tratamiento como la cirugía micrográfica de Mohs, la cual aún no se realiza en este hospital y es de mucha utilidad en los subtipos agresivos, debido al alto riesgo de recurrencia que presentan, logrando de esta manera la erradicación completa del tumor, resultados funcionales óptimos y estéticos, teniendo en cuenta que todas las decisiones de tratamiento deben personalizarse considerando los factores particulares presentes de la lesión y las preferencias del paciente.

## **VII. CONCLUSIONES.**

## VII. CONCLUSIONES.

1. El carcinoma basocelular en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque es más frecuente en el sexo femenino, en adultos mayores de 60 años, la mayoría de pacientes proviene del distrito de Chiclayo se localiza con mayor frecuencia en la cabeza y predomina el subtipo nodular con patrón único.
2. La mayor frecuencia respecto al grupo etario corresponde a las edades comprendidas entre 66 y 74 años, con una edad promedio de 70 años, y predominó en el sexo femenino (58,8%).
3. La localización anatómica más afectada de los pacientes con carcinoma basocelular fue la cara, predominando en la nariz (47%) seguido de las mejillas con un 11,6%.
4. El subtipo histopatológico más frecuente del carcinoma basocelular es el nodular (48%) seguido del morfeiforme (17%) siendo las lesiones no agresivas de forma general las que predominan sobre los subtipos agresivos.
5. La heterogeneidad histológica en la misma lesión representada por más de un subtipo histológico representa el 37% en este hospital, la combinación histológica más frecuente está conformada por el subtipo nodular y morfeiforme.

## **VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Negrín M. Carcinoma Basocelular. Dermatol Venez [Internet]. 2008 [citado 11 de enero de 2019];46(1):1-13. Disponible en:  
<http://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/75>
2. Sánchez M, Chávez J, Jáuregui E, Suárez A, Barba J. Perfil epidemiológico del carcinoma basocelular en adultos jóvenes del Estado de Jalisco. Rev Sal Jal [Internet]. 2017;4(2):111-222.
3. Husein H. Carcinoma basocelular: relación entre factores externos y características clínico-histológicas. Causas de retraso diagnóstico y de extirpación incompleta. Universidad de Granada; 2012 [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=59175>
4. Cucho E. Clínica e histopatología del carcinoma basocelular. Hospital Regional de Ayacucho, 2013-2014. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2015 [citado 11 de enero de 2019]; Disponible en:  
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1239>
5. Elizondo A. Carcinoma basocelular: visión histopatológica. Rev Méd Costa Rica Centroamérica [Internet]. 2014;71(610):317-20. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142zc.pdf>
6. Ruiz B. Características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas del cáncer cutáneo no melanoma en pacientes del Hospital II EsSalud Pucallpa, 2015 - 2016. Univ Nac Ucayali. 2017 [citado 14 de enero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/3378>
7. Cuevas M, Vega M, Cháirez P, García A, González J, Cuevas J. Frecuencia de cáncer de piel en un centro de diagnóstico histopatológico en la ciudad

- de Durango, Durango, México. *Dermatol Rev Mex*. 15 de marzo de 2016 [citado 14 de enero de 2019];60(1):11-7.
8. Alcalá D, Medina A, Torres S, Navarrete F, Ramos A, Peralta M, et al. Correlación clínica, histológica y dermatoscópica del carcinoma basocelular. 2013;22(1):5-14. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2013/cd131a.pdf>
  9. Kim D, Kus K, Ruiz E. Basal Cell Carcinoma Review. *Hematol Oncol Clin North Am* [Internet]. 2019;33(1):13-24. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889858818307925>
  10. Ramos C, Villaman S, Contreras S, Velazco M, Muñoz V. Estudio clínico e histopatológico de carcinoma basocelular. Serie de 883 casos [Internet]. 2014 [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en:  
<https://docplayer.es/9738877-Estudio-clinico-e-histopatologico-de-carcinoma-basocelular-serie-de-883-casos-ramos-c-villaman-s-contreras-s-velazco-m-munoz-v.html>
  11. Morán A. Hallazgos Dermatoscópicos en el Carcinoma Basocelular: estudio en la población ecuatoriana que acude al Servicio de Dermatología, en el área de Consulta Externa del Hospital «Luis Vernaza» en el Periodo de Agosto del 2009 a Agosto del 2010. 2012 [citado 15 de enero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/169>
  12. Yang M, Kim J, Kim G, Mun J, Song M, Ko H, et al. The clinical and histopathological characteristics of early-onset basal cell carcinoma in Asians. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2017;31(1):75-80. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jdv.13793>

13. Gonzáles M, Pérez N, Roque L. Caracterización clínico-epidemiológica e histopatológica de pacientes con cáncer cutáneo. Sagua la Grande, Villa Clara. 2016. En: Cuba Salud 2018 [Internet]. 2017 [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en:  
<http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/372>
14. Lomas A, Leonardi J, Bath F. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol.* mayo de 2012;166(5):1069-80.
15. Sánchez G, Nova J, De la Hoz F, Castañeda C. Incidencia de cáncer de piel en Colombia, años 2003-2007 [Internet]. 2011 [citado 14 de marzo de 2019]. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925111000773>
16. Patiño M. Determinación del carcinoma basocelular, factores de riesgo, histopatología en adultos mayores. Área de dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2014-2015 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016 [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/25931>
17. Chafloque J. Aspectos epidemiológicos y clínico-patológicos de neoplasia maligna de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Regional Lambayeque. Enero 2015 - julio 2016. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2018 [citado 14 de enero de 2019]; Disponible en:  
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3214>

18. Nova J, Patiño A, González A. Caracterización de la población con carcinoma basocelular en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. CES Med [Internet]. 2014;28(2):177-84. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-87052014000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-87052014000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
19. Al Wohaib M, Al Ahmadi R, Al Essa D, Maktabbi A, Khandekar R, Al-Sharif E, et al. Characteristics and Factors Related to Eyelid Basal Cell Carcinoma in Saudi Arabia. Middle East Afr J Ophthalmol [Internet]. 2018;25:96.
20. Meza V. Características epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma. Centro Médico Naval, 2009-2014. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2015 [citado 14 de enero de 2019]; Disponible en:  
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2129>
21. Benites S, Cabrejo J. Subtipos histopatológicos del carcinoma basocelular y su distribución corporal en pacientes del Hospital Belén de Trujillo, 2007 - 2013. UCV -Scientia [Internet]. 2016;8(2). Disponible en:  
<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/1028>
22. Ruiz B. Características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas del cáncer cutáneo no melanoma en pacientes del Hospital II EsSalud Pucallpa, 2015 - 2016. Univ Nac Ucayali [Internet]. 2017 [citado 14 de marzo de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/3378>
23. Elder D, Massi D, Scolyer R, Willemze R. WHO Classification of Skin Tumours [Internet]. 2018;4(11)
24. Lara F, Rodríguez J, De Melo L. Recurrence rate of basal cell carcinoma with positive histopathological margins and related risk factors. An Bras Dermatol [Internet]. 2017;92(1):58-62.



25. Telich J, Monter A, Baldín A, Apellaniz A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2017;15(2):154-60.
26. Viñas M, Algozaín Y, Álvarez L, Quintana J. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Rev Cuba Estomatol [Internet]. 2011; 48(2):121-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75072011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
27. Majumdar K, Khurana U, Asati D, Goel G, Joshi D, Kapoor N. Multinodular fibroepithelioma of Pinkus with an isolated focus of evolving basal cell carcinoma in chronic lymphedematous lower limb. J Cancer Res Ther [Internet]. 2017;13(6): 1038-1041
28. Hübner C. Carcinoma basocelular en personal de la Marina de Guerra del Perú. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2014 [citado 14 de enero de 2019]; Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3573>

# **ANEXOS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA  
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS E HISTOPATOLÓGICAS  
DEL CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE DURANTE LOS AÑOS 2012 AL 2018”**

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

N° DE FICHA.....

Sede: Hospital Regional Lambayeque

N° de historia clínica.....

**1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:**

a) Sexo: M ( ) F ( )

b) Edad:.....

c) Procedencia:

Chiclayo ( )

Lambayeque ( )

Ferreñafe ( )

Otras localidades ( )

**2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS :**

**2.1. Localización de la lesión:**

2.1.1 Cabeza ( )

• Nariz ( )

• Mejilla ( )

• frente ( )

• oreja ( )

• parpado ( )

• cuero cabelludo( )

• labio superior ( )

• otros ( )

2.1.2 Cuello

2.1.3 Tronco

2.1.4 Extremidad superior

2.1.5 Extremidad inferior

### 3. CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS.

#### 3.1. Subtipo histológico:

- Nodular ( )
- Superficial ( )
- Micronodular ( )
- Infiltrante ( )
- Morfeiforme ( )
- Basoescamoso ( )
- otros ( )

#### 3.2. Heterogeneidad histopatológica.

- Patrón único ( )
- Patrón doble ( )
- Patrón mixto ( )