



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

**“Perfil Clínico - Epidemiológico del Carcinoma Basocelular
en El Hospital José Cayetano Heredia de Piura,
2015 – 2017”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Br. Florian García, Erick Roger (ORCID: 0000-0002-4991-4298)

ASESOR:

Dr. Polo Bardales, Juan Roxy (ORCID: 0000-002-4329-2686)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

PIURA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento. Por los logros alcanzados que me enseñaron a superarme, A mi madre por ser la persona que me acompañó durante todo el trayecto, a mi padre quien con su ejemplo me orientó que el éxito está en el camino más allá de la meta; a mis hermanos por sus enseñanzas de la vida. Y a todas las personas que supieron impartir en mi la gratitud, sencillez, educación, y nunca dejar de tener los pies en la tierra; porque no puede existir grandeza sin humildad.

AGRADECIMIENTO

En Primer lugar agradecer a mis padres, que me demostraron que podía contar con su apoyo y orientación incondicional. Porque camino sin piedra no es camino.

En segundo lugar al Doctor Paiva, quien durante el Internado me demostró que lo relevante es ser mejor persona cada día, independientemente del título que tengas.

Nuestra mayor gloria no está en fracasar nunca, sino en levantarnos cada vez que caemos. (*Confucio*)

PÁGINA DEL JURADO

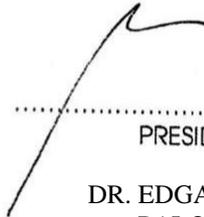
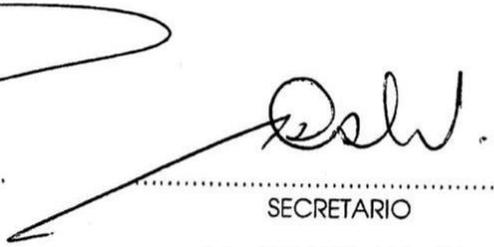
 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 4
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **FLORIAN GARCIA ERICK ROGER** cuyo título es:

PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DEL CARCINOMA BASOCELULAR EN EL HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA DE PIURA, 2015 – 2017

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15.....(número) Quince.....(letras).

Piura.....19.....de JULIO del 2019..

 PRESIDENTE DR. EDGAR BAZÁN PALOMINO	 SECRETARIO DR. CHRISTIAN PAIVA PEÑALOZA
---	--



 VOCAL
 DR. EDUARDO PEREYRA
 ABASTOS

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Erick Roger Florian García, con DNI N° 45110028, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina Humana, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en esta tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Piura, 24 de julio del 2019



FLORIAN GARCÍA ERICK ROGER
DNI: 45110028

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Índice	vi
Índice de Tablas y Gráficos	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Realidad Problemática	2
1.2 Trabajos Previos	2
1.3 Teorías Relacionadas al Tema	6
1.4 Formulación del Problema	9
1.5 Justificación del Estudio	9
1.6 Objetivos	10
1.7 Hipótesis	10
II. MÉTODO	11
2.1 Diseño de Investigación	11

2.2 Variables, Operacionalización	11
2.3 Población y Muestra	12
2.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad	12
2.5 Métodos de Análisis de Datos	13
2.6 Aspectos Éticos	13
III. RESULTADOS	14
IV. DISCUSIÓN	19
V. CONCLUSIONES	21
VI. RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS	23
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
ANEXO 2: DATOS RECOLECTADOS	29
ANEXO 3: CLASIFICACIÓN FITZPATRICK – FOTOTIPOS DE PIEL	30
ANEXO 4: ACTA DE ORIGINALIDAD DE TURNITIN	31
ANEXO 5: PANTALLAZO DE SOFTWARE TURNITIN	32
ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS	33
ANEXO 7: VERSIÓN FINAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	34

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla y gráfico de sexo del paciente	14
Tabla y gráfico de rango de edad del paciente	15
Tabla y gráfico de fototipo de piel	15
Tabla y gráfico de localización de la lesión	16
Tabla y gráfico de tamaño de la lesión	16
Tabla y gráfico de diagnóstico clínico	17
Tabla y gráfico de diagnóstico histo-patológico	18

RESUMEN

Introducción: En individuos de piel clara, el carcinoma de células basales (CBC) es la neoplasia maligna más común y ésta representa alrededor de 2/3 en relación a todos los cánceres de piel en pacientes caucásicos. **Objetivo:** Determinar el perfil clínico - epidemiológico del Carcinoma Basocelular en el Hospital José Cayetano Heredia De Piura, periodo 2015 - 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Diseño no experimental, observacional. **Resultados:** Con respecto al Diagnóstico Clínico, el que se presenta con mayor frecuencia es del tipo Nodular con una incidencia de 37,5% y con menor frecuencia el tipo Quístico con 2,5% de incidencia. Finalmente, para el Diagnóstico Histo-Patológico, mayor frecuencia presenta el tipo Infiltrante con una incidencia de 45,0% y con menor frecuencia son del tipo Quístico con el Adenoide, con un 2,5% respectivamente. **Conclusión:** La Localización de la lesión, ésta se presenta con mayor frecuencia en Cabeza con una incidencia de 85,0% y el de menor incidencia en Cuello con un 2,5%. En lo que respecta al Tamaño de la lesión, ésta se presenta con mayor frecuencia en el rango de 10 – 20 mm con una incidencia de 37,5% y con menor frecuencia el rango < 10 mm con un 12,5% de incidencia.

Palabras claves: carcinoma, basocelular, piel, epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: In clear-skinned individuals, basal cell carcinoma (CBC) is the most common malignancy and represents about 2/3 of all skin cancers in Caucasian patients. **Objective:** To determine the clinical and epidemiological profile of Basocellular Carcinoma in the Hospital José Cayetano Heredia de Piura, period 2015 - 2017. **Methodology:** Descriptive study, cross-sectional. Non-experimental, observational design. **Results:** With respect to the Clinical Diagnosis, the one that appears with greater frequency is of the Nodular type with an incidence of 37.5% and with less frequency the Cystic type with 2.5% of incidence. Finally, for the Histo-Pathological Diagnosis, the highest frequency is the Infiltrating type with an incidence of 45.0% and, less frequently, the Cystic type with the Adenoid, with 2.5% respectively. **Conclusion:** The location of the lesion, this occurs most frequently in the head with an incidence of 85.0% and the lowest incidence in the neck with 2.5%. With regard to the size of the lesion, it occurs most frequently in the range of 10 - 20 mm with an incidence of 37.5% and less frequently the range <10 mm with a 12.5% incidence.

Keywords: carcinoma, basal cell, skin, epidemiology.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el Perfil Clínico - Epidemiológico en el Hospital Regional de Piura, del 2015 al 2017; se plantearon como objetivos específicos determinar el perfil epidemiológico (según sexo y edad), determinar el fototipo de piel con mayor frecuencia, identificar la localización más frecuente, valorar el tamaño de lesión más frecuente, y finalmente determinar el diagnóstico clínico y anatomopatológico predominante en el Carcinoma Basocelular.

El tipo de estudio que se empleó fue descriptivo, de corte transversal, diseño no experimental, observacional y para alcanzar los objetivos de indagación se ingresó la información obtenida de las fichas de recolección a una base de datos del programa SPSS®v.24. El análisis e interpretación de datos se efectuó por medio del uso de medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y porcentajes para variables cualitativas. Finalmente se emplearon representaciones gráficas y tablas correspondientes.

1.1. Realidad Problemática

En individuos de piel clara, el carcinoma de células basales (CBC) es la neoplasia maligna más común y esta representa alrededor de 2/3 en relación a todos los cánceres de piel en pacientes caucásicos (1). Se estima una incidencia de 2,75 millones de casos en todo el mundo (2), lo que representa un creciente problema en la salud pública a nivel global. Se ha establecido una causalidad fuertemente relacionada con el estado de pigmentación de sus habitantes y latitud geográfica del país. En Europa, la tasa de incidencia ha aumentado alrededor del 5% anual en las últimas décadas (3). En los EE. UU. las tasas de incidencia aumentan al ritmo del 2% anual, lo que representa más de 2.5 millones de pacientes con Carcinoma de Celulas Basales tratados anualmente (4). Por otro lado, en Australia se prevé más de uno de cada dos habitantes serán diagnosticados con CBC para cuando tengan 70 años; sin embargo, el aumento de la incidencia parece estar llegando a una meseta, puesto que las tasas de incidencia se han estabilizado en menores de 60 años (5). En las regiones no occidentales, como Asia y América del Sur, las tasas de incidencia son diez a cien veces más bajas, pero también han aumentado, sin embargo, se prevee un subregistro importante (6,7).

Si bien el CBC puede provocar una gran morbilidad a través de la invasión local y la destrucción de tejidos, rara vez hace metástasis o causa la muerte (8). El CBC lo más probable es que surja de las células madre dentro de los folículos pilosos y la epidermis interfolicular puesto que no tiene una lesión precursora (9). Existen diferentes subtipos histopatológicos, de los cuales el nodular es el más frecuente, seguido del superficial e infiltrante, y también se encuentran con frecuencia tipos mixtos (10,11). La mayoría de los CBC se producen en la región de la cabeza y el cuello, seguidos por el tronco y las extremidades (2).

1.2. Trabajos Previos

1.2.1. A Nivel Internacional:

Uribe C, et al. 2018. Colombia. Presenta un estudio con el objetivo de describir la presentación epidemiológica del CBC en Bucaramanga en el 2014. Estudio poblacional

observacional, retrospectivo y transversal, evaluado a pacientes diagnosticados por histopatología. Muestra conformada por 1.669 casos, siendo la media de edad de 68,2 años.

Se encontró que, 54,5 % eran mujeres, siendo los pacientes de 70 – 79 años el grupo etario más afectado (26,6 %); ello representa una incidencia de 124,2 por 100.000 habitantes por año, en relación a la población general, siendo de 118,2 en mujeres y 133 en hombres. Topográficamente, la cara y el cuello fueron los sitios más comprometidos con el 86,8% del total de casos, en tanto el tumor sólido y el mixto fueron los tipos histopatológicos más frecuentes (12).

Romano M, et al. 2016. Argentina. Con el objetivo de identificar las características dermatoscópicas específicas del CBCs en relación a su localización anatómica, estudio observacional-retrospectivo. Se estudiaron mediante dermatoscopia 30 pacientes con CBCs, con confirmación histopatológica en diferentes localizaciones anatómicas.

De los 30 pacientes 53% (16) eran mujeres y 47% (14) hombres, siendo la media de edad de 56 años. Las estructuras vasculares más frecuentes fueron las telangiectasias cortas y finas fueron, seguidas de áreas color blanco rojizo brillantes, estructuras en hoja de arce y líneas brillantes color blanco. En miembros inferiores, los vasos glomerulares sólo se encontraron con significancia estadística $p < 0.05$. No se encontró diferencias significativas de acuerdo con la localización anatómica de las otras estructuras.

Se concluye que los criterios actualmente descriptos son aplicables con alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de CBCs, independientemente de la localización (13).

Mittersteiner D, et al. 2015. Chile. Desarrolla un estudio de caracterizaciones clínicas y epidemiológicas de pacientes con carcinoma basoescamoso, durante el período 2003-2007. Estudio descriptivo-retrospectivo, en el que se evalúa a individuos con diagnóstico histológico de carcinoma basoescamoso en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. De 36 casos, se tiene una media de edad de 74,6 años; de los cuales 52,8% fueron masculino; 5,6% tenía algún apellido mapuche. Topográficamente en el 80,6% se presentó en cabeza y cuello. Así mismo 63,9% de los casos el diagnóstico clínico en base a la morfología de la lesión, fue de carcinoma basocelular, no existiendo correlación histológica-clínica en ninguno de los casos (14).

1.2.2. A Nivel Nacional:

Tellez L. 2017. En su estudio de prevalencia del cáncer de piel basocelular en el Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz” en el período 2016”. Investigación de carácter cuantitativo-observacional-descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Se incluye a los pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma basocelular.

De identifico 49 pacientes con CBC de un total de 15,213 pacientes evaluados, lo que representa una prevalencia de 32 casos por cada 10 000 pacientes. El 59.2% fueron sexo masculino (29) y el 40.8% (20) sexo femenino, siendo la edad promedio de 66.5 años con rango de edad entre 42 y 94 años. En tanto el fototipo de piel más frecuente fue el tipo III con el 49.0%. Asimismo, 61.2% de las lesiones (30) se localizó en la cara y 42.9% (21) correspondía al tipo Nodular (15).

Ruiz B. 2017. En su estudio denominado características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas del cáncer cutáneo no melanoma en pacientes de un hospital de Pucallpa. Estudio observacional-retrospectivo-descriptivo y transversal con una muestra de 40 pacientes con diagnóstico clínico/histológico de cáncer cutáneo entre el 2015 - 2016.

La edad media fue de 64 años, el 52.5% fueron de sexo femenino, 42% eran de piel fototipo III; siendo el diagnóstico histopatológico más frecuentemente el carcinoma basocelular, con patrón solido en un 86.1%.

De los 40 casos evaluados, 29 eran carcinoma basocelular y 11 carcinoma espinocelular, siendo el tiempo de enfermedad ≤ 2 años, asimismo el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular afectaron la cabeza y cuello en un 86% y 91% respectivamente, de las cuales siendo el 97.5% eran lesiones únicas. (16).

Sialer M. 2017. Desarrolla el estudio denominado, características clínicas histológicas y epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma Hospital Militar Central 2015-2016. Estudio observacional-descriptivo-retrospectivo de corte transversal, con una muestra de 163 casos evaluados, con diagnóstico clínico e histopatológico de CPNM, incluyendo al Carcinoma Basocelular (CBC) y al Carcinoma Espinocelular (CEC).

Se encontró una relación CBC/CEC: 3,2/1, así mismo 60% eran sexo masculino, 87,7% raza mestiza y los oficiales militares fueron los más afectados con el 66%. La edad media de presentación fue de 75,2 años. Siendo el CBC nodular la forma clínica más frecuente

(70,97%) de los CBC y el tipo invasivo de los CEC (76,92%). Los tipos histológicos más comunes fueron CBC sólido con 49,19% y el CEC bien diferenciado con 46,15%. En cuanto a la ubicación anatómica, la cabeza (79,8%), y el tronco (9,2%) fueron los más afectados (17).

Luque H. 2016. En el estudio “Perfil clínico - epidemiológico del carcinoma basocelular en pacientes atendidos en el Hospital III EsSalud – Chimbote, 2012 – 2014”. Investigación descriptiva-retrospectiva-transversal. Se tuvo una muestra de 51 pacientes con diagnóstico histopatológico de Carcinoma Basocelular.

Se encontró que el carcinoma basocelular constituyó el 34% de las lesiones premalignas y malignas; el grupo poblacional mayormente afectada fueron los pacientes mayores de 60 años (68,6%), con relación similar entre hombres y mujeres 1.1:1.0. Así mismo la mayor proporción eran trabajadores de campo (39,2%). Por otro lado, se encontró que la región más afectada eran la cabeza y cuello (83,9%) a predominio nasal (31,3%), así mismo se tiene el tamaño de la lesión entre 1,1 a 2 cm en el 52,9% de los casos; presentándose mayormente de color marrón (47%). La superficie con mayor frecuencia era lisa (43,1%) y la mayoría de las lesiones no presentaron telangiectasias (58,8%). Los bordes de las lesiones en mayor frecuencia fueron perlados (43,1%), el tipo clínico más común fue el nodular (47,1%) y el tipo histopatológico más frecuente fue el mixto (39,2%) (18).

Cucho E. 2015. En el estudio denominado “Clínica e histopatología del carcinoma basocelular Hospital Regional de Ayacucho 2013-2014”. Estudio retrospectivo-descriptivo-observacional de corte transversal.

Se evaluaron 2,243 pacientes de los cuales se encontró 28 casos con resultado histopatológico de carcinoma basocelular, que representa una prevalencia de 1.2%. El 60.7% de los casos fue sexo femenino (17), y el 39.3% (11) masculino; siendo la edad media de 69.78 años con un rango de edad entre 38 y 92 años. Así mismo el 96.4% de las lesiones (27) se localizó en la cabeza, 70.3% (19) correspondieron al tipo nodular, siendo el patrón mixto sólido Infiltrante el diagnóstico histopatológico más frecuentemente con 28.5% (19).

1.3. Teorías Relacionadas al Tema

El carcinoma de células basales (CBC) es un cáncer de piel común, este surge de la capa basal de la epidermis y sus apéndices. A estos tumores se han denominado "epiteliomas" debido a su bajo potencial metastásico. Sin embargo, el término carcinoma es apropiado, debido a que son localmente invasivos, agresivos y destructivos de la piel y las estructuras circundantes, incluidos los huesos.

Las estimaciones de la incidencia de CBC son imprecisas ya que no hay un registro de cáncer que recopile datos sobre CBC. La Sociedad Americana del Cáncer estima que, en 2016, se diagnosticaron 5.4 millones de casos de cáncer de piel no melanoma (NMSC) en 3.3 millones de personas, a lo que significa que aproximadamente 8 de cada 10 casos hubieran sido CBC (18). Un estudio que utilizó datos de una población asegurada comercialmente en los Estados Unidos se estimó una prevalencia e incidencia de BCC ajustada por edad de 226 y 343 por 100,000 personas por año, respectivamente (19).

Por otro lado, se prevee que las personas que han padecido de CBC tienen una mayor probabilidad de lesiones posteriores. Pues, alrededor del 40% de los pacientes que han tenido un CBC desarrollarán otra lesión en un mediano o corto plazo; sin embargo, el riesgo de desarrollar un CBC posterior a un 1^{er} CBC es significativamente < que después de un CBC no inicial (12.8 versus 33.9 por ciento en un año; 20 versus 51.8 porcentaje a los dos años y 34.6 frente al 75% a los cinco años) (19).

Las múltiples observaciones epidemiológicas proporcionan información sobre la etiología de CBC:

- CBC es particularmente común en los caucásicos; es muy infrecuente en poblaciones de piel más oscura. En EE.UU. la incidencia de CBC ha aumentado en más del 10% por año, y el riesgo a lo largo de toda la vida de desarrollar un CBC alrededor del 30% (20). También se ha observado una incidencia creciente en el tiempo en otros países, como Canadá, Finlandia y Australia (3-5). Por otro lado, es de mayor preocupación, una incidencia creciente de subtipos histológicos de crecimiento agresivo (11).

- La incidencia de CBC aumenta con la edad; las personas de 55 a 75 años tienen una incidencia aproximadamente 100 veces mayor de CBC que las menores de 20 (14). Aunque el aumento de la longevidad puede subyacer en parte de la creciente incidencia de CBC, la incidencia de CBC entre los estadounidenses menores de 40 años también parece estar aumentando, particularmente entre las mujeres (5).

Se ha documentado que la aparición de CBC está fuertemente asociada con la exposición a las radiaciones ultravioleta (UV): los tumores se desarrollan principalmente en la piel expuesta al sol de personas mayores con un tipo de piel normal; nunca aparecen en la mucosa y con poca frecuencia se puede encontrar en la superficie palmo-plantar o en niños. Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado un aumento notable en la incidencia de CBC en mujeres jóvenes, probablemente asociado con el uso de camas de bronceado con fines estéticos.

Aproximadamente el 70% de los CBC se producen en la cara, en consonancia con el papel etiológico de la radiación solar. Quince por ciento está presente en el tronco, y rara vez se diagnostica CBC en áreas como el pene, la vulva o la piel perianal (20).

La presentación clínica de BCC se puede dividir en tres grupos, en función de la histopatología de la lesión: nodular, superficial y morfea (21).

- Nodular: representan alrededor del 60 por ciento de los casos, suelen presentarse en la cara como una pápula de color rosado o carne. La lesión generalmente tiene una calidad perlada o translúcida y con frecuencia se observa un vaso telangiectático dentro de la pápula. La pápula a menudo se puede describir como que tiene un borde "enrollado", donde la periferia está más elevada que la media. La ulceración es frecuente, y el término "úlceras de roedor" se refiere a estos CBC nodulares ulcerados.
- Superficial: alrededor del 30% de los casos de CBC son superficiales. Por años definidas, los varones tienen una mayor incidencia de CBC superficial respecto a las mujeres. Siendo más frecuente en el tronco y, por lo general, se presentan como máculas, parches o placas delgadas que pueden ser

escamosas y de color rojo claro a rosado. El centro de la lesión en algunas ocasiones puede exhibir un aspecto atrófico y la periferia puede estar bordeada por pápulas translúcidas finas. Una calidad brillante puede ser evidente cuando se ilumina un BCC superficial. Ocasionalmente, hay pigmento marrón o negro con manchas, lo que puede contribuir a la confusión con el melanoma. Tienden a crecer lentamente, y pueden variar en tamaño desde máculas que miden solo unos milímetros de diámetro a lesiones de varios centímetros de diámetro o más si no se tratan. Los BCC superficiales suelen ser asintomáticos.

- Morfeiforme: los CBC morfeiformes o esclerosantes constituyen del 5 al 10 por ciento de los BCC. Estas lesiones suelen ser pápulas o placas lisas, de color carne o muy ligeramente eritematosas que con frecuencia son atróficas; Por lo general, tienen una calidad firme o endurecida con bordes mal definidos. Algunos autores agrupan las formas morfea, infiltrativa y micronodular como BCC de "crecimiento agresivo", porque se comportan de manera similar. Los subtipos infiltrativos y micronodulares son menos comunes que la forma morfea BCC.

Los médicos que están familiarizados con las manifestaciones clínicas de CBC a menudo pueden hacer el diagnóstico basándose en el examen clínico. Aun así, generalmente se realiza una biopsia de piel para proporcionar una confirmación histológica del diagnóstico.

En aquellos pacientes en los que el diagnóstico clínico de CBC parece altamente probable además el tumor carece de características clínicas asociadas con un alto riesgo de recurrencia del tumor, se puede optar por biopsia al mismo tiempo que el tratamiento definitivo. Además, algunos médicos eligen tratar las lesiones sin una biopsia cuando las características clínicas de alto riesgo están ausentes y el paciente tiene un historial de múltiples BCC similares de bajo riesgo. Sin embargo, la decisión de no realizar una biopsia antes del tratamiento definitivo no está exenta de riesgos. Debido a que las características histológicas de un tumor brindan información adicional sobre el riesgo de recurrencia del tumor después del tratamiento, no realizar una biopsia antes del tratamiento definitivo puede resultar en una

falla en la detección de un tumor con características histológicas agresivas que podrían manejarse mejor con un enfoque de terapia diferente (22).

Se pueden usar biopsias por afeitado, biopsias por punción y biopsias por escisión para el diagnóstico de CBC. Aunque las biopsias de afeitado y punzonado se realizan con frecuencia para el diagnóstico debido a la simplicidad de estos procedimientos, los médicos deben ser conscientes de que las biopsias que extirpan solo una parte de la lesión no siempre proporcionan una evaluación precisa del subtipo histológico de un tumor (23).

1.4. Formulación del Problema

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico del Carcinoma Basocelular en el Hospital José Cayetano Heredia de Piura, 2015 - 2017?

1.5. Justificación del Estudio

El carcinoma de células basales es un cáncer de piel común que surge de la capa basal de la epidermis y sus apéndices. El tratamiento está indicado debido a los efectos invasivos, agresivos y destructivos de este tumor en la piel y tejidos circundantes. Las terapias efectivas incluyen electrodesecación, escisión quirúrgica, cirugía micrográfica entre otros.

Las características del tumor como el tamaño, la ubicación y la patología influyen en la selección del tratamiento. Los tratamientos que son altamente eficaces para los CBC sin características clínicas o patológicas agresivas pueden tener menos probabilidades de curar lesiones más agresivas. Factores como la tolerabilidad del tratamiento, el costo y la preferencia del paciente también guían la selección de una terapia adecuada.

La finalidad fue dar a conocer la importancia sobre el cuidado de la piel en pacientes predispuestos a desarrollar este problema de salud.

1.6. Objetivos

1.6.1 Objetivo General

- Determinar el perfil clínico - epidemiológico del Carcinoma Basocelular en el Hospital José Cayetano Heredia de Piura, periodo 2015 - 2017.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Determinar el perfil epidemiológico (según sexo y edad) del Carcinoma Basocelular en el Hospital mencionado, 2015 - 2017.
- Determinar el fototipo de piel con mayor frecuencia en el Carcinoma Basocelular en el Hospital mencionado, 2015 – 2017.
- Identificar la localización más frecuente del Carcinoma Basocelular en el Hospital mencionado, 2015 – 2017.
- Valorar el tamaño de lesión más frecuente del Carcinoma Basocelular en el Hospital mencionado, 2015 – 2017.
- Determinar el diagnóstico clínico e histopatológico predominante en el Carcinoma Basocelular en el Hospital mencionado, 2015 – 2017.

1.7. Hipótesis

Este estudio carece de hipótesis por ser de tipo descriptivo.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de Investigación

Estudio descriptivo, de corte transversal. Diseño no experimental, observacional.

2.2. Variables, Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
EDAD	Número de meses en la historia clínica	Edad en años	Razón
SEXO	Sexo referido en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
FOTOTIPO DE PIEL		I, II, III, IV, V, VI	Nominal
LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN		Cabeza Cuello Tronco Extremidades	Nominal
TAMAÑO DE LA LESIÓN		< 10mm 10 – 20 mm 20 – 30 mm 30 – 40 mm > 40 mm	Intervalo
DIAGNÓSTICO CLÍNICO		Nodular Pigmentado Superficial Morfeiforme Quístico	Nominal
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO		Sólido Metatípico Adenoideo Quístico Queratósico Folicular Pigmentado Superficial Morfeiforme Infiltrante Micronodular	Nominal

2.3. Población y Muestra

Población

Estuvo constituida por los pacientes que fueron diagnosticados de Carcinoma Basocelular en los consultorios de Dermatología y Cirugía Oncológica de enero del 2015 a diciembre del 2017.

Muestra

Estuvo conformada por los pacientes que cumplieron con los datos a emplear.

Muestreo

La población mínima fue de 40 pacientes, para evitar sesgos en la interpretación de los resultados.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico anatomopatológico de Carcinoma Basocelular.
- Historias clínicas con datos completos.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con neoplasia maligna sincrónica de piel.
- Historias clínicas con datos incompletos según ficha de recolección de datos.

2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad

2.4.1. Técnica

La técnica empleada fue una solicitud dirigida al director del Hospital Regional de Piura para contar con el acceso de historias clínicas, en la cual se manifestó el propósito de la investigación.

2.4.2. Instrumentos de Recolección de datos

Para esto se diseñó una ficha de recolección de datos (Anexo 1), la cual fue completada de acuerdo con los requerimientos del estudio.

2.5. Métodos de Análisis de Datos

2.5.1. Análisis Descriptivo

La estadística descriptiva aplicada en la investigación desarrolló el recuento, ordenamiento, descripción e interpretación de resultados obtenidos de las fichas de recolección que se ingresaron a una base de datos del programa SPSS®v.24. El análisis e interpretación de los datos se efectuó mediante el uso de medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, porcentajes para variables cualitativas. Así mismo se usaron representaciones gráficas y las tablas correspondientes.

2.6. Aspectos Éticos

El estudio fue sometido a un Comité de Ética de la Universidad César Vallejo Filial Piura para su aprobación, en base a cuatro principios fundamentales:

No maleficencia: Es el más importante, quiere decir que cualquier acto médico debe tener como prioridad no hacer daño alguno, ya sea directa o indirectamente.

Beneficencia: Tiene relación con el anterior, y se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto.

Autonomía: El derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que afectarán de manera directa o indirecta su salud, su integridad y su vida. El mejor ejemplo es el consentimiento informado.

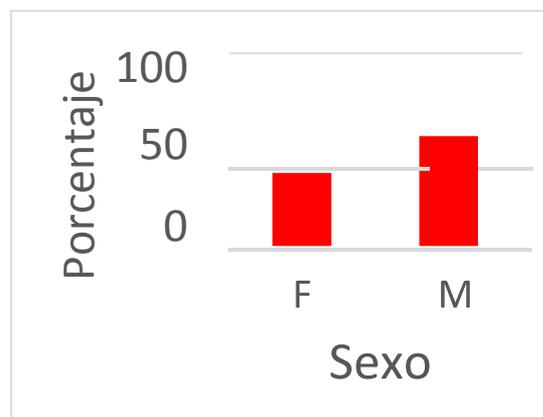
Justicia: Obliga a tratar a cada paciente como le corresponde; es decir, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita. Este principio intenta conseguir que todos los pacientes tengan acceso a la atención de salud.

III. RESULTADOS

En relación al Sexo, se encontró que mayor incidencia en hombres con el 60,0% del total de casos y 40,0% en mujeres

Cuadro 1. Sexo del Paciente

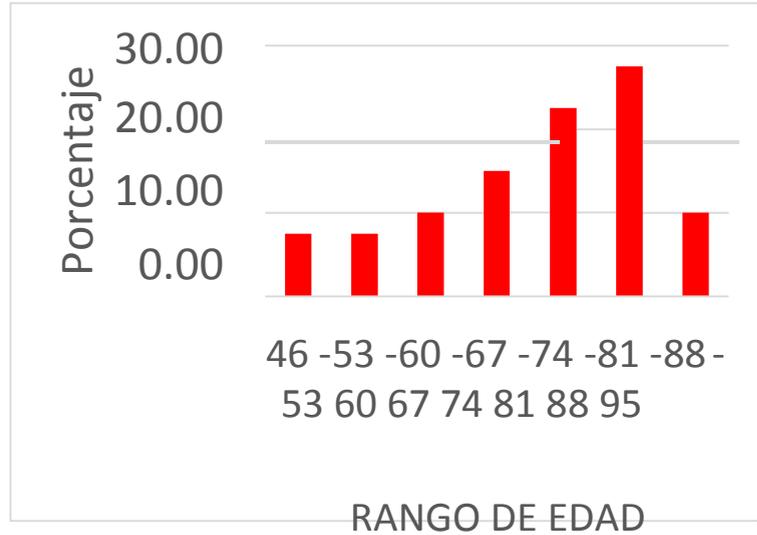
Sexo	fi	%
Femenino	16	40
Masculino	24	60
Total	40	100



En cuanto a la Edad, los pacientes entre 81 – 88 años son el grupo poblacional más afectado con un 27,5% y el de menor incidencia corresponde a adultos 46 – 53 años, junto con el de 53 – 60 años, con un 7,5%.

Cuadro 2. Rango Edad del Paciente

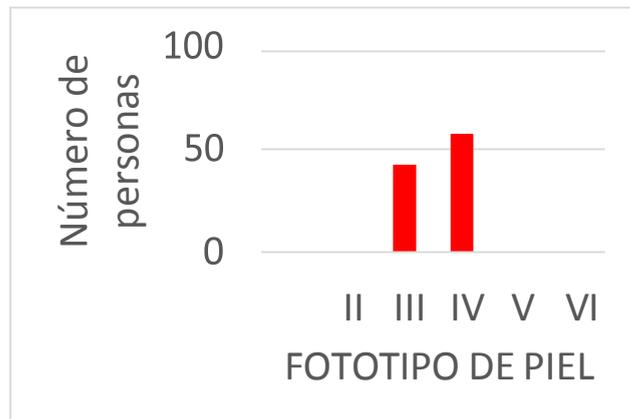
Edad (años)	fi	%
46 – 53	3	7.50
53 – 60	3	7.50
60 – 67	4	10.00
67 – 74	6	15.00
74 – 81	9	22.50
81 – 88	11	27.50
88 – 95	4	10.00
Total	40	100.00



Para la variable Fototipo de Piel el resultado obtenido es el tipo IV con mayor incidencia de 57,5%.

Cuadro 3. Fototipo de Piel

Fototipo de Piel	fi	%
I	0	0.00
II	0	0.00
III	17	42.50
IV	23	57.50
V	0	0.00

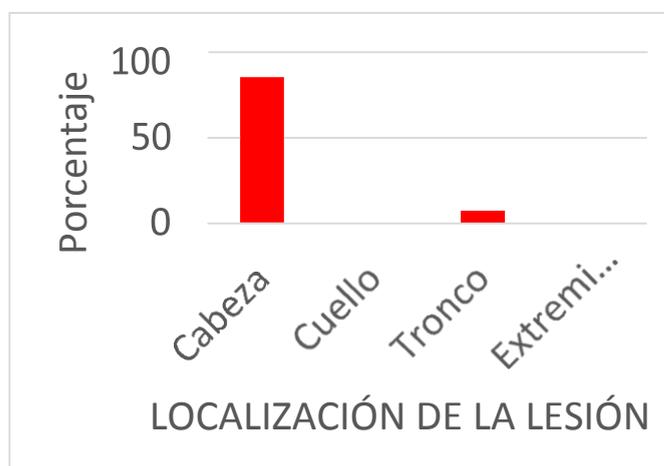


VI	0	0.00
Total	40	100.00

Referente a la Localización de la Lesión, se identificó que las lesiones se presentan con mayor incidencia en la cabeza en un 85,0%.

Cuadro 4. Localización de la Lesión

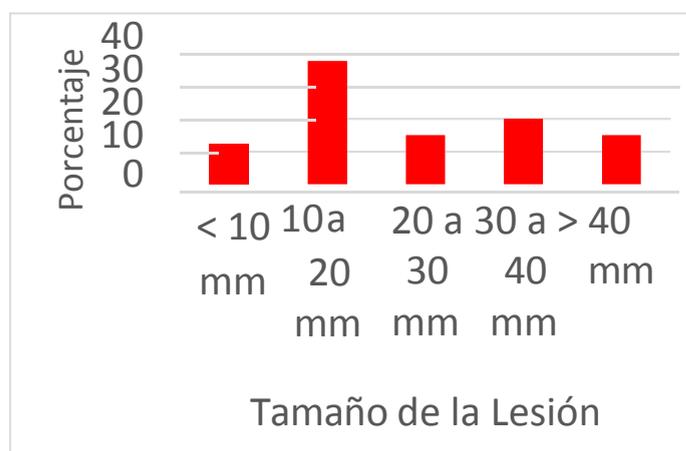
Localización de Lesión	fi	%
Cabeza	34	85.00
Cuello	1	2.50
Tronco	3	7.50
Extremidades	2	5.00
Total	40	100.00



Para la variable Tamaño de la Lesión el resultado obtenido es de 10 – 20 mm con mayor incidencia, representando el 37,5 %.

Cuadro 05. Tamaño de la Lesión

Tamaño de Lesión	fi	%
< 10 mm	5	12.50
10 – 20 mm	15	37.50
20 – 30 mm	6	15.00

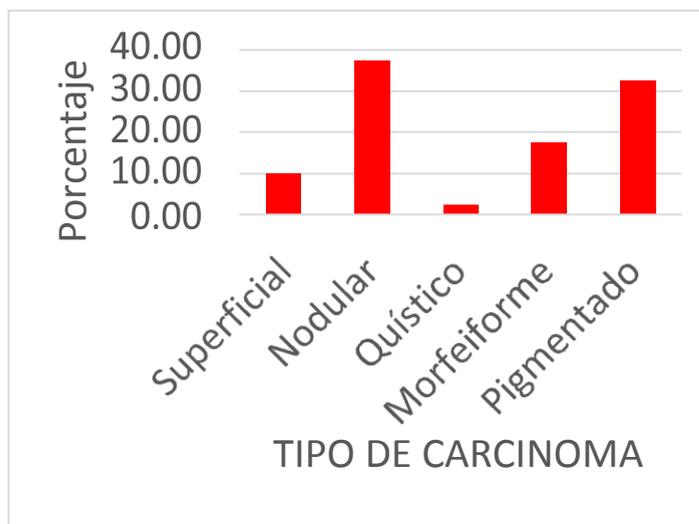


30 – 40 mm	8	20.00
> 40 mm	6	15.00
Total	40	100.00

Para la variable Diagnóstico Clínico el resultado obtenido muestra que la mayor incidencia es del tipo Nodular, representando el 37,5 %.

Cuadro 6. Diagnóstico Clínico

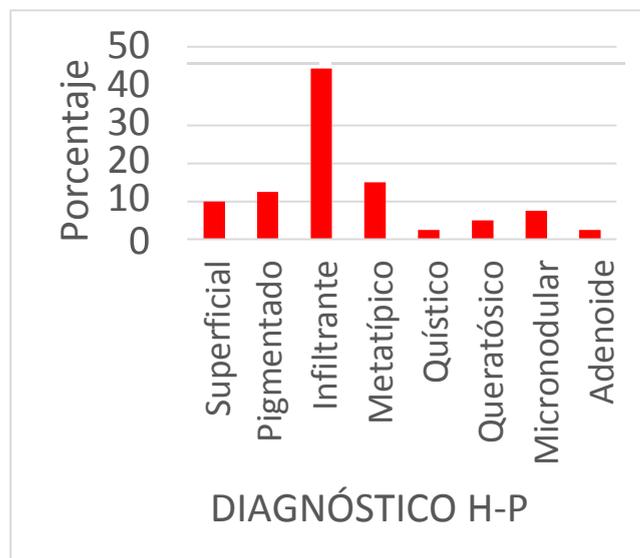
Diagnóstico Clínico	fi	%
Superficial	4	10.00
Nodular	15	37.50
Quístico	1	2.50
Morfeiforme	7	17.50
Pigmentado	13	32.50
Total	40	100.00



Para la variable Diagnóstico Histo-Patológico el de tipo Infiltrante tiene mayor incidencia con 45,0%.

Cuadro 7. Diagnóstico Histopatológico

Diagnóstico H – P	fi	%
Superficial	4	10.00
Pigmentado	5	12.50
Infiltrante	18	45.00
Metatípico	6	15.00
Quístico	1	2.50
Queratósico	2	5.00
Micronodular	3	7.50
Adenoide	1	2.50
Total	40	100.00



IV. DISCUSIÓN

Para la variable Sexo, los resultados concuerdan con los de Sialer, M. 2017, en su trabajo de investigación “Características clínicas histológicas y epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma Hospital Militar Central 2015-2016”, el cual presenta que el sexo masculino (60,0%), fue el más afectado. De acuerdo con el texto “Carcinoma Basocelular”, asimismo María Luz Negrin-Díaz, reportó que la mayor frecuencia fue en el sexo masculino, 2:1, respecto al femenino; esto debido a mayor exposición solar propios del lugar y por la actividad diaria.

Para la variable Edad, los resultados concuerdan con los de Uribe C, et al. 2018. en su estudio denominado “Carcinoma basocelular de piel en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia: una mirada epidemiológica”, el cual presenta el mayor rango de incidencia en pacientes entre 70 – 79 años, con un 26,6%. En el libro “Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento”, 6 edición de Roberto Arenas Guzmán, comparte como dato epidemiológico que el 79,0% se presenta en mayores de 50 años.

Para la variable Fototipo de Piel, los resultados difieren con los obtenidos por Tellez L. 2017, en su trabajo de investigación “Prevalencia del cáncer de piel basocelular en los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz” en el período 2016”, donde menciona el tipo III el fototipo de piel más frecuentemente afectado, con 49,0%. Esto podría explicarse debido a la variabilidad geográfica donde fue realizada la investigación. Según el libro “Carcinoma Basocelular”, de María Luz Negrin-Díaz, reporta que a menor fototipo de piel según Fitzpatrick, existe mayor riesgo de incidencia de CBC. En la actualidad se estima, que 3 de cada 10 personas de raza blanca, tienen la posibilidad de desarrollar un carcinoma basocelular; siendo mayor aún el riesgo, en aquellas personas que tienen poca o ninguna capacidad de broncearse.

Para la variable Localización de la Lesión, los resultados concuerdan con los obtenidos por Uribe C, et al. 2018. Colombia, en su trabajo de investigación “Carcinoma basocelular de piel en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia: una mirada epidemiológica”, el cual presenta que el lugar con mayor incidencia es la cara y cuello con un 86,8 %. Esto también concuerda con el libro de “Dermatología: Pautas básicas para su aprendizaje”, de

Stella Maris Beatriz Ingratta, en que el 80,0% se presenta en zonas de piel crónicamente expuestas al sol (cara, pabellón auricular, cuero cabelludo).

Para la variable Tamaño de la Lesión, los resultados concuerdan de manera similar con los de Luque H. 2016, en su trabajo de investigación “Perfil Clínico - Epidemiológico del Carcinoma Basocelular en pacientes atendidos en el Hospital III EsSalud – Chimbote, 2012 – 2014”, el cual presenta el mayor rango de 1,1 – 2 cm (11 – 20 mm), con un 52,9 %. De acuerdo con “La guía de práctica clínica con evaluación para la prevención, diagnóstico y tratamiento del carcinoma basocelular 2014”, reporta que el tamaño de estos tumores varía entre 1 a 10 mm de diámetro.

Para la variable Diagnóstico Clínico, los resultados concuerdan con los de Cucho E. 2015, en su trabajo de investigación “Clínica e histopatología del carcinoma basocelular Hospital Regional de Ayacucho 2013-2014”, en el que el tipo Nodular representa mayor frecuencia con 70,3%. Esto también concuerda con el libro de “Dermatología: Pautas básicas para su aprendizaje”, de Stella Maris Beatriz Ingratta, el cual presenta que el tipo Nodular es la variedad más frecuente (60%).

Para la variable Diagnóstico Histo – Patológico, los resultados tienen concordancia con los de Cucho E. 2015, en su trabajo de investigación “Clínica e histopatología del carcinoma basocelular Hospital Regional de Ayacucho 2013-2014”, el cual presenta 28,5 % del tipo Infiltrante con mayor frecuencia. Según “La guía de práctica clínica con evaluación para la prevención, diagnóstico y tratamiento del carcinoma basocelular 2014”, reporta que los tipos histo-patológicos micronodular, morfeiforme y trabecular tienen un patrón de crecimiento *Infiltrante*, extensión subclínica lateral y/o profunda importante, no son bien circunscritos por lo que se consideran de mal pronóstico (alto riesgo de recidiva).

V. CONCLUSIONES

Se concluye que:

1. En lo que respecta a la Edad, ésta se presenta con mayor frecuencia en el rango de 81 – 88 años con un 27,5% de incidencia, con respecto a Sexo se concluye que la mayor incidencia se presenta en el sexo masculino con un 60,0%, y el sexo femenino con un 40,0%.
2. Con respecto al Fototipo de piel, el que se presenta con mayor incidencia es el tipo IV con 57,5%, y el tipo III con un 42,5%.
3. De acuerdo con la Localización de la lesión, ésta se presenta con mayor frecuencia en Cabeza con una incidencia de 85,0% y el de menor incidencia en Cuello con un 2,5%.
4. En lo que respecta al Tamaño de la lesión, ésta se presenta con mayor frecuencia en el rango de 10 – 20 mm con una incidencia de 37,5% y con menor frecuencia el rango < 10 mm con un 12,5% de incidencia.
5. Con respecto al Diagnóstico Clínico, el que se presenta con mayor frecuencia es del tipo Nodular con una incidencia de 37,5% y con menor frecuencia el tipo Quístico con 2,5% de incidencia.
6. Finalmente, para el Diagnóstico Histo-Patológico, mayor frecuencia presenta el tipo Infiltrante con una incidencia de 45,0% y con menor frecuencia son del tipo Quístico con el Adenoide, con un 2,5% respectivamente.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que, para la recolección de los datos de pacientes con esta patología, el personal encargado tenga mejor organización y distribución, así como hacerlo extensivo a los diferentes centros de salud.
2. Se recomienda realizar campañas de concientización a la población en general acerca del conocimiento de signos y síntomas de esta patología, así como las medidas de prevención y protección necesarias; y acudir a un centro de salud para la atención respectiva, así mismo a los médicos realizar una mejor orientación de forma preventiva.
3. Con respecto a la mayor incidencia de la Localización de la lesión, se recomendaría que en los centros de salud se oriente a la menor exposición en horas de mayor incidencia solar.
4. Se recomienda a los pacientes con posibles signos de Carcinoma Basocelular, acudir al especialista respectivo a fin de evitar consecuencias posteriores.
5. Se recomienda a los pacientes que presentan signos de Carcinoma Basocelular, acudir a los centros asistenciales para que se realicen la evaluación y pruebas respectivas.
6. Se recomienda a los pacientes diagnosticados de Carcinoma Basocelular que les realicen la biopsia para determinar el tipo Histo-Patológico.

REFERENCIAS

1. Puig S, Berrocal A. Management of high-risk and advanced basal cell carcinoma. *Clin. Transl. Oncol.* 2015; 17: 497-503.
2. Verkouteren J, Ramdas K, Wakkee M, Nijsten T. Epidemiology of basal cell carcinoma: Scholarly review. *Br. J. Dermatol.* 2017; 177: 359-72.
3. Xiang F, Lucas R, Hales S, Neale R. Incidence of nonmelanoma skin cancer in relation to ambient UV radiation in white populations, 1978-2012: empirical relationships. *JAMA Dermatol.* 2014; 150(10): 1063-71.
4. Rogers H, Weinstock M, Feldman S, Coldiron B. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer (keratinocyte carcinomas) in the U.S. population, 2012. *JAMA Dermatol* 2015; 151: 1081-6.
5. Perera E, Gnaneswaran N, Staines C, Win AK, Sinclair R. Incidence and prevalence of non-melanoma skin cancer in Australia: A systematic review. *Australas J Dermatol.* 2015; 56(4): 258-67.
6. AlSalman S, Alkaff T, Alzaid T, Binamer Y. Nonmelanoma skin cancer in Saudi Arabia: single center experience. *Ann Saudi Med.* 2018; 38(1): 42-45.
7. Takata L, Fantelli R, Cintra M, Magalhães R, Velho P, Moraes A. The importance of superficial basal cell carcinoma in a retrospective study of 139 patients who underwent Mohs micrographic surgery in a Brazilian university hospital. *Clinics (Sao Paulo).* 2015; 70(11): 721-5.
8. Flohil S, Seubring I, Van Rossum M, Coebergh J, De Vries E, Nijsten T. Trends in basal cell carcinoma incidence rates: A 37-year Dutch observational study. *J. Investig. Dermatol.* 2013; 133: 913-18.
9. Deady S, Sharp L, Comber H. Increasing skin cancer incidence in young; affluent; urban populations: A challenge for prevention. *Br. J. Dermatol.* 2014; 171: 324-31.

10. Peterson S, Eberl M, Vagnozzi A, Belkadi A, Veniaminova N, Verhaegen M, et al. Basal cell carcinoma preferentially arises from stem cells within hair follicle and mechanosensory niches. *Cell Stem Cell* 2015; 16: 400-12.
11. Pranteda G, Grimaldi M, Lombardi M, Pranteda G, Arcese A, Cortesi G, et al. Basal cell carcinoma: differences according to anatomic location and clinical-pathological subtypes. *G Ital Dermatol Venereol.* 2014; 149(4): 423-6.
12. Uribe C, Anaya K, Céspedes A, et al. Carcinoma basocelular de piel en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia: una mirada epidemiológica. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2018; 26(1): 18-23.
13. Romano M, Chirino M, Rodríguez S, et al. Carcinoma basocelular superficial y sus características dermatoscópicas de acuerdo con su localización. *Med Cutan Iber Lat Am* 2016; 44 (3): 171-76.
14. Mittersteiner D, Redlich A, Diez P, et al. Características clínicas y epidemiológicas de carcinoma basoescamoso en cinco años en un hospital de alta complejidad. *Rev arg.dermato.*2015; 96(1).
15. Tellez L. Prevalencia del cáncer de piel basocelular en los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz” en el período 2016. [tesis de grado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
16. Ruiz B. Características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas del cáncer cutáneo no melanoma en pacientes del Hospital II EsSalud Pucallpa, 2015 -2016. [tesis de grado]. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali; 2017.
17. Luque H. Perfil clínico - epidemiológico del carcinoma basocelular en pacientes atendidos en el Hospital III EsSalud – Chimbote, 2012 – 2014. [tesis de grado]. Chimbote: Universidad San Pedro; 2016.
18. Cucho E. Clínica e histopatología del carcinoma basocelular Hospital Regional de Ayacucho 2013-2014. [tesis de grado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2015.

19. American Cancer Society. [en línea]. Atlanta: Cancer Facts & Figures 2016. [citado 10 octubre 2018]. Disponible en: www.cancer.org/acs/groups/content/@research/document/document/acspc-047079.pdf.
20. Goldenberg G, Karagiannis T, Palmer J, Lotya J, O'Neill C, Kisa R, et al. Incidence and prevalence of basal cell carcinoma (BCC) and locally advanced BCC (LABCC) in a large commercially insured population in the United States: A retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol* 2016; 75: 957.
21. Wehner M, Linos E, Parvataneni R, Stuart S, Boscardin W, Chren M. Timing of subsequent new tumors in patients who present with basal cell carcinoma or cutaneous squamous cell carcinoma. *JAMA Dermatol* 2015; 151: 382.
22. Wang Y, Tang T, Wang J, Huang Y, Wu Y. Genital basal cell carcinoma, a different pathogenesis from sun-exposed basal cell carcinoma? A case-control study of 30 cases. *J Cutan Pathol* 2018.
23. Emiroglu N, Cengiz F, Kemeriz F. The relation between dermoscopy and histopathology of basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol*. 2015; 90(3): 351-6.
24. Pérez LR, Escudero MG. A propósito del artículo: Dermatoscopía para establecer márgenes quirúrgicos mínimos en la resección de carcinomas basocelulares. *Rev Médica Electrónica*. 2019;41(2).
25. Serrano S, Yusdenia G, Castillo G, Jeyffry E, Hernández Peña EL, Seife Echevarría A. Basal cell carcinoma. Case presentation. *MediSur*. 2018;16(4):588-92.
26. Díaz González L, Sánchez Acosta K, Vega M, Andrés S, Deronceré Columbié Y. Basal cell carcinoma in nasal region: surgical treatment and reconstruction with bilobulated flap. 16 Abril. 2018;57(269):201-6.
27. García M, Teresa M, Domínguez Cruz JJ, Conejo-Mir J. Basal cell carcinoma: molecular biology and new therapeutic targets. *Med Cutánea Ibero-Lat-Am*. 2016;44(2):89-99.
28. Domínguez-Cherit J, Rodríguez-Gutiérrez G, Rosales VN, Caire ST, Avalos VF. Características del carcinoma epidermoide cutáneo y riesgo para el desarrollo de

- recidivas con cirugía convencional y cirugía con transoperatorio tardío. *Cir Cir*. 2017;85(6):499-503.
- 29.** González LD, Acosta KS, Vega SAM, Columbié YD. Carcinoma basal en región nasal: tratamiento quirúrgico y reconstrucción con colgajo bilobulado. 16 Abril. 2018;57(269).
- 30.** García M, Teresa M, Domínguez Cruz JJ, Conejo-Mir J. Carcinoma basocelular: biología molecular y nuevas dianas terapéuticas. *Med Cutánea Ibero-Lat-Am*. 2016;44(2):89-99.
- 31.** Uribe CJ, Anaya-Reyes KC, Céspedes AM, Otero CR, Prada DM, Rueda JP, et al. Carcinoma basocelular de piel en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia: una mirada epidemiológica. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatológica*. 2018;26(1):18-23.
- 32.** Mora O, Correa N, Romero-Piñeres AC, Morales S, Castro CA. Carcinoma Basocelular en región plantar. Reporte de un caso. *Rev Argent Dermatol*. 2018;99(3).
- 33.** Romano MF, Chirino ME, Rodríguez Saa S, Pedrozo L, Lauro MF, Ciancio RM, et al. Carcinoma basocelular superficial y sus características dermatoscópicas de acuerdo con su localización. *Med Cutánea Ibero-Lat-Am*. 2017;44(3):171-6.
- 34.** Muñoz NL, Ropero PAO, Rico LV. Carcinoma escamocelular de labio superior en paciente con síndrome nevoide basocelular. Reporte de caso clínico. *Univ Odontológica*. 2017;36(77):1-12.
- 35.** Castro LA. Carcinomas basoesquamosos cutáneos: comportamiento biológico y estudio inmunohistoquímico comparativo con carcinomas basocelulares y carcinomas espinocelulares [PhD Thesis]. Universidad de Alcalá; 2017.
- 36.** Martínez A, Acosta Á, Rueda X, López-Daza D. Criocirugía en el manejo del carcinoma basocelular de bajo riesgo y evaluación de la recidiva tumoral. *Rev Colomb Cancerol*. 2016;20(3):103-9.

37. Pfeiffer MJ, Pfeiffer N, Valor C. Estudio descriptivo sobre el carcinoma basocelular en el párpado. Arch Soc Esp Oftalmol. 2015;90(9):426-31.
38. Nigro MHMF, Brandão LSG, Coelho APCP, da Motta LM, Júnior IB. Estudio epidemiológico do carcinoma basocelular no período de 2010 a 2013 em um hospital de referência em dermatologia na cidade de Bauru, São Paulo. Surg Cosmet Dermatol. 2015;7(3):232-5.
39. Da Silva RD, Dias MAI. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer. Rev Fam Ciclos Vida E Saúde No Contexto Soc. 2017;5(2):228-34.
40. Ruiz-González JF, Guevara-Gutiérrez E, Hernández-Torres M, Solís Ledesma G, Tlacuilo-Parra A. Riesgo de recurrencia y de nuevas neoplasias cutáneas malignas en sujetos mexicanos con carcinoma basocelular. Cir Cir. 2018;86(5):417-22.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Perfil Clínico - Epidemiológico del Carcinoma Basocelular en el Hospital José Cayetano Heredia De Piura, 2015 - 2017”

1. N° Historia Clínica: _____

2. Edad: _____ años

3. Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

4. Fototipo de Piel

I ()

II ()

III ()

IV ()

V ()

VI ()

5. Localización de la Lesión

Cabeza ()

Cuello ()

Tronco () Espalda

Extremidades ()

6. Tamaño de la Lesión

< 10 mm ()

10 – 20 mm ()

20 – 30 mm ()

30 – 40 mm ()

> 40 mm ()

7. Diagnóstico Clínico

Nodular ()

Pigmentado (X)

Superficial ()

Morfeiforme ()

Quístico ()

8. Diagnóstico Histopatológico

Sólido ()

Metatípico ()

Adenoideo ()

Quístico ()

Queratósico ()

Folicular ()

Pigmentado ()

Superficial ()

Morfeiforme ()

Infiltrante ()

Micronodular ()

ANEXO 2: DATOS RECOLECTADOS

N°	ce_edad	cesexo	Fotot Piel	Localiz	Tamaño	Diag Clín	Diag H-P
1	81	M	III	Cabeza	> 40 mm	Superficial	Superficial
2	58	M	III	Cabeza	20 - 30 mm	Pigmentado	Pigmentado
3	74	M	IV	Cabeza	20 - 30 mm	Pigmentado	Pigmentado
4	84	M	III	Cabeza	20 - 30 mm	Superficial	Superficial
5	46	M	IV	Cuello	< 10 mm	Nodular	Infiltrante
6	63	M	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Pigmentado	Pigmentado
7	65	M	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Superficial	Superficial
8	79	M	III	Cabeza	< 10 mm	Nodular	Infiltrante
9	60	F	III	Tronco	< 10 mm	Pigmentado	Pigmentado
10	72	M	IV	Cabeza	20 - 30 mm	Nodular	Infiltrante
11	95	M	IV	Cabeza	> 40 mm	Nodular	Infiltrante
12	53	F	IV	Cabeza	< 10 mm	Quístico	Infiltrante
13	49	M	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Pigmentado	Infiltrante
14	87	F	III	Cabeza	10 - 20 mm	Morfeiforme	Metatípico
15	74	F	III	Cabeza	20 - 30 mm	Morfeiforme	Metatípico
16	85	F	III	Cabeza	< 10 mm	Nodular	Micronodular
17	89	M	IV	Cabeza	> 40 mm	Pigmentado	Metatípico
18	68	F	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Morfeiforme	Infiltrante
19	82	F	III	Cabeza	20 - 30 mm	Nodular	Infiltrante
20	84	F	III	Cabeza	30 - 40 mm	Pigmentado	Infiltrante
21	78	M	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Nodular	Micronodular
22	80	M	IV	Cabeza	> 40 mm	Morfeiforme	Infiltrante
23	87	F	III	Cabeza	30 - 40 mm	Pigmentado	Infiltrante
24	89	F	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Nodular	Metatípico
25	75	M	III	Cabeza	10 - 20 mm	Pigmentado	Micronodular
26	69	F	IV	Tronco	> 40 mm	Morfeiforme	Infiltrante
27	53	M	IV	Cabeza	30 - 40 mm	Morfeiforme	Infiltrante
28	79	M	III	Cabeza	10 - 20 mm	Nodular	Infiltrante
29	77	F	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Pigmentado	Queratótico
30	66	M	IV	Cabeza	30 - 40 mm	Pigmentado	Infiltrante
31	67	M	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Nodular	Pigmentado
32	89	M	III	Extremida	30 - 40 mm	Morfeiforme	Infiltrante
33	71	F	IV	Cabeza	30 - 40 mm	Nodular	Infiltrante
34	85	F	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Nodular	Quístico
35	49	F	III	Cabeza	10 - 20 mm	Nodular	Adenoide
36	84	M	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Pigmentado	Metatípico
37	87	F	III	Cabeza	30 - 40 mm	Nodular	Queratótico
38	84	M	IV	Tronco	30 - 40 mm	Superficial	Superficial
39	78	M	III	Extremida	> 40 mm	Nodular	Infiltrante
40	70	M	IV	Cabeza	10 - 20 mm	Pigmentado	Metatípico

ANEXO 3: CLASIFICACIÓN FITZPATRICK – FOTOTIPOS DE PIEL

Fototipo	Color piel	Color ojos	Cabello	¿Se quema con el sol?	¿Se broncea?	Origen
I	Muy clara, lechosa	Verdes/azules	Pelirrojo	Siempre	Nunca	Celtas
II	Blanca	Verdes/azules marrón claro	Rubio	Casi siempre	A veces	Nórdicos
III	Clara	Cualquiera	Castaño claro	Normalmente	Progresivamente	Caucásicos Mayoría de europeos
IV	Cetrina	Marrones	Castaño oscuro	Ocasionalmente	Fácilmente	Mediterráneos mongólicos orientales
V	Oscura	Marrón oscuro	Negro	Rara vez	Muy fácilmente	Amerindios árabes
VI	Negra	Negros	Negro	Nunca	Siempre	Raza negra

ANEXO 4: ACTA DE ORIGINALIDAD DE TURNITIN

 UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD	Código : F07-PP-PR-02.02
	DE TESIS	Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“PERFIL CLÍNICO – EPIDEMIOLOGICO DEL CARCINOMA BASOCELULAR EN EL HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA DE PIURA, 2015-2017” del (de la) estudiante **FLORIAN GARCIA ERICK ROGER** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 27 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 05 de Agosto de 2019



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO PIURA

Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV Piura

Firma

Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

ANEXO 5: PANTALLAZO DE SOFTWARE TURNITIN

The screenshot displays the Turnitin interface within a Google Chrome browser. The document being analyzed is a research project proposal. The similarity score is 27%. The list of sources includes various academic repositories and websites.

Document Content:

2 **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

1 **PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DEL CARCINOMA**

BASOCELULAR EN EL HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA DE PIURA,

2015 - 2017

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

AUTOR

FLORIAN GARCÍA, ERICK

Resumen de coincidencias

27 %

Rank	Source	Percentage
1	repositorio.uanpedro...	3 %
2	www.repositorioacade...	2 %
3	repositorio.ucv.edu.pe	1 %
4	www.mdpi.com	1 %
5	revistasocoderm.org	1 %
6	www.slideshare.net	1 %
7	www.scielo.org.ar	1 %
8	carcinomabasocelular...	1 %
9	www.nice.org.uk	1 %
10	medici.unip.edu.ar	1 %
11	repositorio.une.edu.pe	1 %

Page Information: Página: 1 de 35, Número de palabras: 6377

System Information: Windows taskbar shows the date 5/07/2019 and time 10:50.

ANEXO 7: VERSIÓN FINAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

FLORIAN GARCIA ERICK ROGER

INFORME TITULADO:

PERFIL CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICO DEL CARCINOMA BASOCELULAR EN EL HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA DE PIURA, 2015-2017

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: *19/07* /2019

NOTA O MENCIÓN: QUINCE (15)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO PIURA

Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
EPM Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN