

## Frecuencia de neoplasias malignas en piel

Jenny Salazar<sup>1</sup>, Zoila Romero<sup>1,2</sup>, Nivia Romero<sup>1</sup>, Yudith Payares<sup>3</sup>, Yrina Castillo<sup>3</sup>  
y Carla Mavárez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Departamento de Morfofisiopatología, Escuela de Bioanálisis, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.*

<sup>2</sup>*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe". Maracaibo, Venezuela.*

<sup>3</sup>*Licenciada en Bioanálisis.*

*jsalazar@fmed.luz.edu.ve; zoilaromero5@hotmail.com; nivia04@hotmail.com; y.u.di21@hotmail.com; yrinacastillo85@yahoo.es; carlasmavarez@hotmail.com*

### Resumen

Las neoplasias malignas en piel generalmente preceden de lesiones cutáneas premalignas. Las características clínicas para el diagnóstico son: el rápido crecimiento, cambio de la pigmentación en áreas expuestas, picor y descamación en una lesión previamente asintomática. Pueden manifestarse como: tumores, úlceras o una verruga vulgar. El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de las neoplasias malignas en piel de pacientes que acudieron al Servicio de Anatomía Patológica del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM) desde enero 2006-diciembre 2007, mediante datos obtenidos de los informes histológicos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de 160 casos de acuerdo al sexo, edad, localización anatómica, diagnóstico clínico e histopatológico. Del total de casos analizados el sexo más afectado fue el masculino (110/68,8%), el grupo etario predominante el ubicado entre 66 y 75 años (38/23,8%). El área anatómica con más frecuencia fue la nariz (22/13,8%); el diagnóstico clínico e histopatológico prevalente fue el carcinoma basocelular con 48/30,0% y 78/48,8%, respectivamente. Este tipo de neoplasias son frecuentes en nuestro medio ya que se encuentran íntimamente relacionadas con la exposición solar, por lo que se considera un problema de Salud Pública, de allí la importancia de su estudio, control y la necesidad de llevar a cabo un registro estadístico para asumir conductas en beneficio del paciente.

**Palabras clave:** frecuencia, piel, neoplasia maligna.

# Frequency of Malignant Neoplasia on the Skin

## Abstract

Malignant neoplasia on the skin generally precedes premalignant cutaneous lesions. The clinical features for diagnosis are: rapid growth, change of pigmentation in the exposed areas, itching and scaling of a previously asymptomatic lesion. They can manifest as tumors, ulcers or a common wart (*verruca vulgaris*). The objective of this research was to determine the frequency of malignant neoplasia on the skin of patients who came to the Pathological Anatomy Service at the University Hospital of Maracaibo (SAHUM) from January, 2006 to December, 2007, using data from the histological reports. A descriptive, retrospective and transversal study of 160 cases was made according to sex, age, anatomical location, clinical and histopathological diagnosis. Of all cases analyzed, the male sex was the most affected (110/68.8%); the predominant age group was between 66 and 75 years (38/23.8%). The most common anatomical area was the nose (22/13.8%); the prevalent clinical and histopathological diagnosis was basal cell carcinoma with 48/30.0% and 78/48.8%, respectively. This type of cancer is prevalent in our environment and is closely related to sun exposure, so it is considered a public health problem; hence, the importance of its study, control and the need to carry out a statistical registry in order to take actions that will benefit patients.

**Key words:** frequency, skin, malignant neoplasia.

## Introducción

El cáncer de piel es la forma más frecuente de neoplasia maligna a nivel mundial, se ha estimado que casi la mitad de quienes alcanzan 65 años de edad han tenido o tendrán por lo menos una neoplasia maligna en piel. Afortunadamente el 90% de estas lesiones son curables mediante extirpación u otros tipos de tratamientos locales adecuados [3]. La frecuencia de todas estas formas de neoplasias es más alta en quienes viven en latitudes del sur, en áreas más cerca del ecuador. En consecuencia, hay pruebas epidemiológicas que indican que la radiación ultravioleta de la luz solar es un factor causal [12].

Dentro de las lesiones de la piel se encuentran: lesiones epiteliales benignas y premalignas tales como; queratosis seborréica, queratoacantoma, verrugas y queratosis actínica, además de neoplasias malignas, donde alrededor del 70% son carcinomas basocelulares (CBC), el 30% carcinomas de células escamosas, y casi 2% son melanocarcinomas, el restante 8% incluyen diversas formas raras de cáncer [27].

El CBC es un tumor frecuente de crecimiento lento que rara vez produce metástasis. Localmente puede ser muy

agresivo; si no es tratado a tiempo, y tiene la propiedad de destruir los tejidos vecinos causando ulceración e invadiendo en profundidad cartílago y hueso [30]. Suele aparecer en las zonas expuestas a la luz solar y en personas de piel poco pigmentada. Puede ser un problema de Salud Pública en áreas geográficas de intensa exposición al sol por su directa relación causal con la radiación ultravioleta [1, 2]. En países como Alemania, entre los años 1998-2000, la incidencia de CBC era de 100,2/100.000 habitantes y 72,6/100.000 habitantes. En la ciudad de New Hampshire (EEUU), para los años 2003-2004, la tasa de incidencia era de 309 hombres-100,5 mujeres/100.000 habitantes, mayor que el reporte realizado 14 años antes en ese mismo lugar [18, 19].

En distintos centros en Venezuela se registran estadísticas parciales. Cabello [10] estudió la epidemiología de los CBC, que se diagnosticaron en adultos jóvenes durante un lapso de 10 años, en el Laboratorio de Dermatopatología de la Universidad de Oriente (UDO), encontrando 489 neoplasias malignas de piel con diagnóstico de CBC. De este grupo 32 tumores (6,5%), correspondieron a 29 pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre 18 a 34 años.

En contraste, el carcinoma epidermoide es la segunda variedad en frecuencia. A diferencia del CBC, presenta riesgos de metástasis, generalmente a ganglios regionales. La conducta biológica depende directamente de un subgrupo de factores constituidos por la presentación histológica, tamaño y profundidad tumoral, etiología y sitio anatómico [11]. Predomina en individuos mayores de 60 años. Su aparición en niños o jóvenes, habitualmente está ligada a padecimientos genéticos predisponentes o cicatrices, especialmente de quemaduras. Es común en las zonas más expuestas a la luz solar especialmente en la nariz. Pueden manifestarse de las siguientes maneras: tipo ulceroso, nodular, nodular queratósico y enfermedad de Bowen [28, 15].

Por otra parte, en referencia a los tumores y lesiones pseudotumorales de los melanocitos se encuentran los siguientes: nevo nevocelular, nevo displásico, nevo atípico y el melanoma maligno cuya neoplasia es derivada de los melanocitos y extremadamente raros en la infancia [26, 7, 22]. El melanoma maligno es el que tiene mayor riesgo, si no se sospecha de éste o se hace un diagnóstico tardío las invasiones a otros órganos son altamente probables, de más del 20% [16].

En Venezuela, el cáncer de piel es una neoplasia frecuente, donde se observa en primer lugar los CBC, cuya incidencia se ubica 40-700/100.000 habitantes; los carcinomas espinocelulares con una incidencia entre 5-250/100.000, mientras que los melanomas malignos están entre 8-40/100.000 habitantes [25]. En el país, las neoplasias malignas en piel presentan cifras que van en aumento y el mismo está relacionado con la intensidad y el grado de duración de exposición a la luz solar. En consecuencia, las zonas descubiertas del cuerpo son las mayormente expuestas a la radiación ultravioleta de la luz solar.

Tomando en consideración que las neoplasias malignas en piel pueden estar presentes en ambos sexos, diferentes grupos etarios, así como también su predominancia ha podido ser observada en diferentes sitios anatómicos, con diversos diagnósticos histopatológicos, se realizó el presente estudio con la finalidad de determinar la frecuencia de las mismas en una población de nuestra región (Edo. Zulia), para de esta forma a través de resultados obtenidos saber el predominio de dichas lesiones ya que en la actualidad son consideradas como un problema de Salud Pública.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, analítico, transversal y retrospectivo sobre las neoplasias malignas en piel de

una población conformada por 160 pacientes que asistieron al Servicio de Anatomía Patológica del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM), durante el periodo enero 2006-diciembre 2007.

Dentro de los aspectos a evaluar se incluyeron: el grupo etario, sexo, localización anatómica y diagnóstico clínico e histopatológico. El estudio propuesto no presentaba ningún tipo de riesgo para los pacientes involucrados, siendo previamente aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.

Se realizó un estudio comparativo con los hallazgos de la presente investigación y los datos encontrados en la literatura médica. Los resultados fueron agrupados en una hoja de cálculo (Microsoft Excel), para luego ser distribuidos según la frecuencia, porcentaje y posteriormente, analizados mediante estadísticas descriptivas y representadas en tablas, con la finalidad de sintetizar e interpretar satisfactoriamente los resultados de la misma.

## Resultados

De acuerdo al sexo de los pacientes, se pudo observar que la frecuencia de las neoplasias malignas en piel predominó en el masculino con 110 casos (68,8%), en relación al femenino donde se obtuvieron 50 casos, representando el 31,3%.

En referencia a la distribución según el grupo etario existió predominio en edades comprendidas entre 66 y 75 años con 38 casos (23,8%), seguidas de las ubicadas entre 56 y 65 años (29 casos/18,1%), y posteriormente las localizadas entre 36 y 45 años para un total de 16,3% (Tabla 1).

Según la localización anatómica, se tienen entre las zonas más afectadas la nariz con 22 casos (13,8%), un 11,9% lo ocupó la cara (19 casos) y el 8,8% correspondiente a miembros superiores (14 casos). Además, se observaron 26 casos (16,3%) sin especificación de la localización anatómica (Tabla 2).

En cuanto a la distribución de acuerdo al diagnóstico clínico, el 30% lo representó el carcinoma basocelular (48 casos), en segundo lugar se encontraron los tumores con 30 casos (18,8%) y finalmente las lesiones de piel (19 casos/11,9%) (Tabla 3).

La frecuencia de las neoplasias malignas de piel según el diagnóstico histopatológico estuvo conformado por el carcinoma basocelular sólido en la mayoría de los pacientes, 78 casos, con un 48,8%. Otro carcinoma observado fue el epidermoide bien diferenciado con 32 casos (20,0%) y el último lugar fue para el carcinoma basocelular pigmentado con 9 casos (5,6%).

Tabla 1. Grupo etario de la población en estudio con neoplasias malignas en piel.

Grupo etario	n	%
<1-15 años	4	2,5
16-25 años	4	2,5
26-35 años	10	6,3
36 -45 años	26	16,3
46-55 años	18	11,3
56-65 años	29	18,1
66-75 años	38	23,8
76-85 años	20	12,5
86-95 años	2	1,3
Sin información	9	5,6
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

n: número de pacientes.

Fuente de información: Informes clínicos y biopsias del Servicio de Anatomía Patológica del SAHUM. Período 2006-2007.

Tabla 2. Frecuencia de la localización anatómica de las neoplasias malignas en piel en pacientes del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo.

Localización anatómica	n	%
Nariz	22	13,8
Cara	19	11,9
Miembros superiores	14	8,8
Miembros inferiores	13	8,1
Parpado superior	13	8,1
Labios	11	6,9
Región malar	11	6,9
Cuero cabelludo	8	5,0
Cuello	7	4,4
Tronco	7	4,4
Región frontal	4	2,5
Pabellón auricular	2	1,3
Pene	2	1,3
Axilas	1	0,6
Sin localización	26	16,3
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

n: número de pacientes.

Fuente de información: Informes clínicos y biopsias del Servicio de Anatomía Patológica del SAHUM. Período 2006-2007.

Tabla 3. Diagnóstico clínico de los pacientes con neoplasias malignas en piel.

Diagnóstico clínico	n	%
Carcinoma basocelular	48	30,0
Tumores	30	18,8
Lesión de piel	19	11,9
Carcinoma epidermoide	16	10,0
Carcinoma espinocelular	5	3,1
Verruga	5	3,1
Melanoma	4	2,5
Cicatriz hipertrófica	2	1,3
Micosis	2	1,3
Nevus verrugoso	2	1,3
Ulceras	2	1,3
Fibroma	1	0,6
Linfoma	1	0,6
Metástasis	1	0,6
Prurito	1	0,6
Sarcoma	1	0,6
Sin información	20	12,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

n: número de pacientes.

Fuente de información: Informes clínicos y biopsias del Servicio de Anatomía Patológica del SAHUM. Período 2006-2007.

## Discusión

Dentro de las neoplasias malignas, la de piel, es una malignidad frecuente a nivel mundial. En nuestro país la distribución en frecuencia sobre los carcinomas de piel es similar a la reportada en países anglosajones. Cabe destacar que Venezuela, al igual que muchos otros países, no cuenta con programas de prevención institucional adecuados.

Los resultados obtenidos señalan un predominio del sexo masculino con 110 casos (68,8%) sobre el femenino con un total de 50 casos (31,3%), coincidiendo con Quintana [23], en Cuba, donde el género masculino fue más afectado, con un elevado porcentaje en los pacientes de tez blanca. En contraste a lo antes mencionado, el estudio epidemiológico y clínico realizado en México por Barrón y col., señalan que de 363 expedientes analizados se observó la mayor frecuencia en mujeres [5]. Sin embargo; Zapata y col. encontraron que las neoplasias malignas en piel se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino, con una proporción de 2:1, presumiblemente relacionado con

Tabla 4. Frecuencia según el diagnóstico histopatológico de las neoplasias malignas en piel en pacientes del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo.

Diagnóstico histopatológico	n	%
Carcinoma basocelular sólido	78	48,8
Carcinoma epidermoide bien diferenciado	32	20,0
Carcinoma basocelular pigmentado	9	5,6
Carcinoma baso escamoso	5	3,1
Carcinoma basocelular adenoide	3	1,9
Carcinoma epidermoide diferenciado	3	1,9
Carcinoma espinocelular	3	1,9
Linfoma cutáneo	3	1,9
Melanoma maligno indiferenciado	3	1,9
Carcinoma epidermoide queratinizante	3	1,9
Neoplasia mesenquimal fibroxantomatosa	3	1,9
Carcinoma basocelular morfeiforme	2	1,3
Carcinoma verrugoso	2	1,3
Dermatofibroma	2	1,3
Melanoma maligno amelanocítico	2	1,3
Carcinoma epidermoide no queratinizante	1	0,6
Melanoma maligno lentiginoso	1	0,6
Metástasis cutánea de osteosarcoma	1	0,6
Neoplasia maligna de células redondas	1	0,6
Queratoacantoma	1	0,6
Sarcoma de Kaposi	1	0,6
Sarcoma de Ewing	1	0,6
Total	160	100,0

n: número de pacientes.

Fuente de información: Informes clínicos y biopsias del Servicio de Anatomía Patológica del SAHUM. Período 2006-2007

una mayor exposición solar por motivos ocupacionales [31, 14].

Por otra parte, según el grupo etario, del total de pacientes estudiados (n=160) predominó las edades comprendidas entre 66 y 75 años, representando un 23,8%, lo que concuerda con los datos publicados por Lage y col. [20] donde se indica que los pacientes más afectados fueron los de la sexta a la séptima década de la vida observándose en un 15,2% de los casos reportados como lesiones malignas en el Hospital Provincial de Villa Clara, Cuba.

Así mismo, otro autor como Aparecida y col. [4] indican que la mayoría de los casos observados eran los individuos de más de 60 años con un 67,1%. Al igual que Bittar y col. [9] quienes publicaron que el grupo etario más afectado fue el de 60-79 años, hecho que a la vez coincide con Bárcaga y col. [6] al anunciar un franco predominio en los pacientes de 60 años y más (41%), en el Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Camagüey.

En referencia a la frecuencia de esta neoplasia según la localización anatómica, se obtuvieron un total de 22 casos en la nariz (13,8%), seguido de la cara con 19 casos (11,9%), lo cual se asemeja con los resultados del trabajo publicado por Rojas y col. [29] donde en su investigación realizada en Colombia, el 91% de las lesiones se ubicaron en cabeza y cuello con predominio en la nariz (22,4%). Esto puede deberse a que el lugar desde el punto de vista anatómico que ocupa la nariz en la región maxilofacial, la hace vulnerable a una mayor exposición a la luz solar.

Esta distribución según la localización anatómica también fue observada por Jones y col. [17], quienes revelaron un porcentaje elevado en la cabeza y el cuello cuentan con el 93%, siendo la frecuencia más alta en la nariz (26%), región malar 18%, temporal 8% y pabellón auricular 8%, coincidiendo con nuestros hallazgos.

En alusión a la frecuencia de acuerdo al diagnóstico clínico, 48 casos (30%) presentaron CBC, seguido de los tumores con 30 casos (18,8%), y el carcinoma epidermoide con 16 casos (10%). Resultados que coinciden con Benítez y col. [8], quienes señalan 221 casos de cáncer de piel, observándose en primer lugar el CBC con un 66% (146 casos), por lo que se consideró tres veces más frecuente que el carcinoma espinocelular con un 26% (48 casos), y nueve veces más que el melanoma equivalentes al 8% (17 casos).

Por otra parte, en relación al diagnóstico histopatológico, de los 160 casos estudiados, el CBC representó un 48,8% (78 casos), seguido del carcinoma epidermoide con un 20% (32 casos) y el melanoma con un 1,9% (3 casos), hecho que concuerda con la investigación de Ramos y col. [24], en el Hospital Universitario; siendo las variedades histológicas de cáncer de piel, de 713 casos más frecuentes, el CBC con un total de 323 casos (45,4%), 165 casos de carcinoma espinocelular (23,2%) y 41 casos de melanomas (5,8 %).

Fernández y col. [13], analizaron biopsias de pacientes diagnosticados en el Laboratorio de Dermatopatología del Instituto de Biomedicina del Hospital Vargas, Venezuela, en un lapso de 16 meses; revelando que de 4.148 biopsias realizadas durante el periodo Mayo 2001-Agos-

to 2002, el 5% (203 casos) correspondieron a CBC, a los cuales se les analizó sus características clínicas e histológicas.

En otro estudio realizado por Negrín y col. [21], en el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Oncológico "Padre Machado" (Caracas-Venezuela), se analizaron las características morfológicas de los 125 tumores con diagnóstico de CBC, representando el 2,5% del total de piezas analizadas durante el año 2005.

Dentro los factores predisponentes de esta neoplasia es la exposición a la radiación solar, donde el número de casos de cáncer de piel se incrementa cada año debido a la poca educación vinculada con el uso de protectores solares, por ello, es importante difundir el daño que ocasiona la radiación solar desde etapas tempranas de la vida y, sobre todo, en zonas donde la radiación solar es intensa durante gran parte del año.

### Consideraciones finales

- Existió predominio de las neoplasias malignas en piel en el sexo masculino.
- Los pacientes entre las edades de 66 y 75 años ocuparon el primer lugar.
- Según la localización anatómica, al área más afectada por este tipo de neoplasias malignas resultó ser la nariz.
- De acuerdo al diagnóstico clínico, se observó predominio del carcinoma basocelular en piel.
- La variedad histopatológica más frecuente fue el carcinoma basocelular sólido.

### Referencias

- [1] ACOSTA, A. (2001). Carcinoma basocelular. En: Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas. **Instituto Nacional de Cancerología**. (p.p. 15-31) Bogotá.
- [2] AHMAD, I., DAS, G. (2001). Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the pinna. **J Laryng Otol**. 115(4): 85-86.
- [3] ALBRIGHT, SD. (2003). Treatment of skin cancer using multiple modalities. **J Am Acad Dermatol**. 47(2): 143-71.
- [4] APARECIDA, C.; MACHADO, F.; ANDRADE, F.; MAYUMI, L.; CAMARGO, L. (2000). Neoplasias malignas cutáneas. Estudio epidemiológico. **An Bras Dermatol**. 71(6): 479-484.
- [5] BARRÓN, T.; PENICHE, J.; PENICHE, A.; ARELLANO, I. (2004). Carcinoma epidermoide de piel en la población Mexicana. **Rev Med Hosp Gen Mex**. 67(2): 71-77.
- [6] BÁRZAGA, V.; OSCAR, H.; LAZO, L. (2006). Relación clínica histopatológica de las lesiones tumorales de la piel. **Arch Med Camaguey**. 10(4): 112-126.
- [7] BENEDETTO, J.; BALESTRINI, C.; SILVA, F.; MORGÓ, M.; GONZÁLEZ, S. (2003). Tipos histológicos y variables pronósticas en 569 casos de melanoma maligno de la piel, entre 1976 y 2001. **Rev Chilena Dermatol**. 19(3): 94-99.
- [8] BENÍTEZ, W.; BASALDUA, C.; REYES, C. (2006). Cáncer de piel: Principales aspectos epidemiológicos en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín". **Revista del Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina**. 155(2): 11-14.
- [9] BITTAR, M.; DIERNA, A. (2001). Estudio retrospectivo del Cáncer de Piel. **Rev Argent Dermatol**. 82(3): 42-48.
- [10] CABELLO, I. (1996). Carcinoma basocelular en adultos jóvenes. **Dermatol Venez**. 34(2): 53-55.
- [11] CLAYMAN, G.; LEE, J.; HOLSINGER, C.; ZHOU, X. (2005). Mortality Risk from Squamous Cell Skin Cancer. **J Clin Oncol**. 23(4): 759-65.
- [12] DAVIS, M.; HANKE, C.; ZOLLINGER, T.; MONTEBELLO, J.; HORNBACK, N. (2001). Skin cancer in patients with chronic radiation dermatitis. **J Am Acad Dermatol**. 20(4): 608-16.
- [13] FERNÁNDEZ, K.; RODRÍGUEZ, A.; CHÓPITE, M.; LÓPEZ, C.; REYES, O. (2003). Características clínicas e histológicas del carcinoma basocelular. **Dermatol Venez**. 41(2): 09-14.
- [14] HONEYMAN, J. (2002). Efectos de las radiaciones ultravioleta en la piel. **Rev Perú Dermatol**. 12(2): 2-5.
- [15] IGLESIAS, L.; GUERRA, A.; ORTIZ, P. (2004). **Tratado de Dermatología**. Madrid España. p.p. 302.
- [16] JAFARIAN, F.; POWELL, J.; KOKTA, V.; CHAMPAGNE, M.; HATAMI, A. (2005). Malignant melanoma in childhood and adolescence: Report of 13 cases. **J Am Acad Dermatol**. 53(2): 816-822.
- [17] JONES, L.; WEINSTOCK, MA. (2000). Ultraviolet light. En: Colditz and Hunter, (Eds). *Cancer Prevention: The causes and prevention of cancer*. **Klumer Academic Publishers**. p.p. 111-122.
- [18] KAMIRAWA, T.; KAWASHIMA, M. (1993). Significance of pre-existent conditions in basal cell carcinoma on the lower extremities. **Int J Dermatol**. 32(5): 350-353.
- [19] KARAGAS, MR.; GREENBERG, E.; SPENCER, S. (2006). Increase in incidence rates of basal cell and squamous cell skin cancer in New Hampshire, USA. **Int J Cancer**. 81(3): 555-559.
- [20] LAGE, I.; ARMAS, E.; RANDON, J.; RAMOS, M. (2001). Epidemiología del cáncer de piel no melanoma. **Rev Cubana Oncol**. 17(1) 43-47.
- [21] NEGRÍN, M. (2008) Carcinoma Basocelular. Estudio descriptivo clínico morfológico de los tumores. Trabajo de ascenso. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Distrito Federal, Venezuela. p.p. 10-15.
- [22] PAPP, A. (2003). Melanoma in children and adolescents. **Eur J Cancer**. 39(18): 2651-2661.
- [23] QUINTANA, J. (2003). Estudio sobre los tumores malignos maxilofaciales. **Rev. Cubana Estomatol**. 35(2): 43-48.
- [24] RAMOS, L.; GUERRA, L.; GARZA, F.; HUERTA, S.; GARCÍA, B.; (2000). Cáncer de piel en el Hospital Universitario 1986-1996. **Dermatol Rev Mex**. 38(4): 253-259.

- [25] República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Años 2006 y 2007. (Documento en línea). Disponible: <http://www.msds.gov.ve/ms/modules.php?downloads=3> (consulta: 2008, Febrero 15).
- [26] RICHARDSON, S.; TANNOUS, Z.; MIHM, M. (2002). Congenital and infantile melanoma: Review of the literature and report of an uncommon variant, pigment-synthesizing melanoma. **J Am Acad Dermatol.** 47(1): 77-90.
- [27] RIPPEY, J. (2008). Why classify basal cell carcinomas?. **Histopathology.** 32(5): 393-398.
- [28] RODRÍGUEZ, G.; GARCÍA, J.; HOBSON, S.; RODRÍGUEZ, F.; VILLAR, M.; (2001). Validez del diagnóstico clínico del carcinoma basocelular en Atención Primaria. **Aten Primaria.** 28(6): 391-395.
- [29] ROJAS, R.; DÍAZ, L. (2002). Características clínicas de los pacientes con carcinoma basocelular. Una serie de 305 casos en Bucaramanga. **MedUNAB.** 5(14): 69-74.
- [30] SPENCER, J. (2002). Basal Cell Carcinoma. En: Treatment of skin disease. Comprehensive therapeutic strategies. **Mosby.** (p.p. 222-236).
- [31] ZAPATA, X.; WILSON, R. (2002). Cáncer de piel. Comportamiento y manejo en Managua, León y Chinandega. Enero 1996-Junio 2001. Trabajo monográfico para optar al título de Especialista en Dermatología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Medicina. (p.p. 12-15).
-