



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA**

**TEMA:**

**“NEOPLASIAS CUTANEAS EN PACIENTES GERIATRICOS:  
HOSPITAL LUIS VERNAZA 2006-2010”**

**AUTOR:**

**DRA. KAROLD ESTELA FREIRE ABAD**

**DIRECTOR:**

**DR. ENRIQUE ORTIZ QUEVEDO**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

**YO, KAROLD ESTELA FREIRE ABAD**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Tesis “Neoplasias cutáneas en pacientes geriátricos. Hospital Luis Vernaza 2006- 2010” previa a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 24 días del mes de Abril año 2014

**EL AUTOR:**

---



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la , Dra. Karold Estela Freire Abad, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Dermatología.

Guayaquil, a los 24 días del mes de Abril año 2014

**DIRECTOR DE LA TESIS:**

---

Dr. Enrique Ortiz Quevedo

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Enrique Uraga Pazmiño

**REVISOR:**

---

Dr. Xavier Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

**YO, KAROLD ESTELA FREIRE ABAD**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de tesis de Especialización titulado: “Neoplasias Cutáneas en pacientes geriátricos. Hospital Luis Vernaza 2006-2010”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de Abril año2014

**EL AUTOR:**

---

Dra. Karold Estela Freire Abad

## **Dedicatoria**

A mi familia y al Dr. Manuel Loayza

## **Agradecimiento**

A todos los que de una u otra manera contribuyeron para la realización de este trabajo.

## RESUMEN

**Antecedentes:** Las características de desarrollo y evolución del ser humano, lo llevan a envejecer, y estos procesos se asocian a unos de degeneración que pueden favorecer el desarrollo de enfermedades neoplásicas. También un mayor tiempo de exposición a efectos nocivos favorece la aparición de estos procesos patológicos. A pesar de la gran frecuencia de consultas de pacientes geriátricos en el hospital Luis Vernaza, no se conoce la frecuencia de estas patologías y las características epidemiológicas. **Objetivo:** Determinar las neoplasias cutáneas que son diagnosticadas en pacientes geriátricos atendidos en la consulta externa de Dermatología del hospital “Luis Vernaza” en el periodo 2006-2010. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal en el que se revisaron de manera no aleatoria 5516 informes de histopatología solicitados y por el Servicio de Dermatología de esta institución y diagnosticados por el servicio de Anatomía Patológica de esta casa asistencial, entre 2006 y 2010. **Análisis estadístico:** Para la presentación de las características de la población se utilizarán promedios, desviación estándar, frecuencias simples, acumuladas y porcentajes, índices **Resultados:** El 23,2% de los informes de anatomía patológica solicitadas se realizaron en pacientes geriátricos. La prevalencia de neoplasias entre los estudios de pacientes mayores de 65 años fue del 27,4%. En relación al total de estudios histopatológicos fue del 6,3%. El número absoluto de casos subió por años en el periodo pero la incidencia disminuyó anualmente. La proporción de hombres y mujeres afectados fue similar. La edad promedio de los afectados fue de 76 años. El 80,3% de las muestras procedieron de consulta externa. El 74,9% fueron neoplasias malignas. En el 55,14% el diagnóstico fue carcinoma basocelular. **Conclusión:** Las lesiones neoplásicas malignas principalmente el carcinoma basocelular, son las más frecuentes, favorecidas por el aumento del tiempo de exposición a factores favorecedores y el desarrollo de procesos degenerativos.

**Palabras clave: DERMATOLOGÍA. GERIATRÍA. NEOPLASIA. EPIDEMIOLOGÍA**

## ABSTRACT

**Background:** The characteristics of development and human evolution, take him to age, and these processes are associated with some of degeneration that may favor the development of neoplastic diseases. Also a longer exposure to harmful effects favors the appearance of these pathological processes. Despite the high frequency of geriatric patient visits to the Luis Vernaza hospital, not know the frequency of these diseases and the epidemiological characteristics. **Objective:** To determine the cutaneous malignancies are diagnosed in elderly patients treated at the Dermatology Service at Luis Vernaza Hospital in the 2006-2010 period. **Methods:** We performed a cross-sectional study in which non-randomly reviewed 5516 pathology reports requested and the Dermatology Department at Luis Vernaza Hospital and diagnosed by the Pathology Service of the ody between 2006 and 2010. **Statistical analysis:** For the presentation of the characteristics of the population will be used means, standard deviations, frequency distributions, cumulative percentages, ratios. **Results:** 23.2 % of pathology reports requested were performed in geriatric patients. The prevalence of malignancy among studies of patients older than 65 years was 27.4%. In relation to total histopathology was 6.3 %. The absolute number of cases rose by years in the period but the incidence declined annually. The proportion of men and women affected was similar. The average age of those affected was 76 years. The 80.3 % of the samples were from outpatients. The 74.9 % were malignant neoplasms. In 55.14 % the diagnosis was basal cell carcinoma. **Conclusion:** malignant neoplastic lesions mainly basal cell carcinoma, the most common are favored by increasing the time of exposure to predisposing factors and the development of degenerative processes.

**Keywords:** DERMATOLOGY. GERIATRIC. NEOPLASIA. EPIDEMIOLOGY



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	I
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE LA ESCUELA DE GRADUADOS..	II
AUTORIZACIÓN.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS .....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XI
ÍNDICE DE ANEXOS .....	XII
1 INTRODUCCIÓN .....	1
2 EL PROBLEMA.....	3
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	3
2.2 FORMULACIÓN.....	3
3 OBJETIVOS .....	4
3.1 GENERAL.....	4
3.2 ESPECÍFICOS .....	4
4 MARCO REFERENCIAL.....	5
4.1 MARCO TEÓRICO .....	5
4.1.1 Envejecimiento y enfermedades de la piel .....	5
4.1.2 Importancia de la detección de problemas neoplásicos en la población geriátrica .....	6
4.1.3 Tipo de lesiones neoplásicas .....	7
Neoplasia benigna .....	7
Neoplasia premaligna .....	8
Neoplasia maligna.....	9
4.2 MARCO LEGAL .....	11
5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	13
6 METODO .....	14
6.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO .....	14
6.2 VARIABLES.....	14
6.2.1 Operacionalización de variables .....	14

6.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
6.3.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio .....	15
6.3.2 Recolección de información .....	15
Procedimiento .....	15
Instrumentos de recolección de información .....	16
Método de recolección de información .....	16
6.3.3 Técnicas de análisis de la información .....	16
7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	17
8 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	24
9 CONCLUSIONES.....	26
10 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
ANEXO .....	32

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 6-1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	15
TABLA 7-1: DIAGNOSTICO ESPECÍFICO DE LAS NEOPLASIAS CUTÁNEAS IDENTIFICADAS EN INFORMES ANATOMOPATOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “LUIS VERNAZA” PERIODO 2006-2010 .....	22

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 7-1: PREVALENCIA DE INFORMES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA SOLICITADOS A PACIENTES GERIÁTRICOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA EN EL PERIODO 2006-2010 .	17
GRÁFICO 7-2: PREVALENCIA NEOPLASIAS ENTRE INFORMES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA SOLICITADOS A PACIENTES GERIÁTRICOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA EN EL PERIODO 2006-2010 .	17
GRÁFICO 7-3: PREVALENCIA NEOPLASIAS ENTRE PACIENTES GERIÁTRICOS EN RELACIÓN AL TOTAL DE INFORMES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA EN EL PERIODO 2006-2010.....	18
GRÁFICO 7-4: NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS DE NEOPLASIAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS DISTRIBUIDOS POR AÑO .....	18
GRÁFICO 7-5: INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE NEOPLASIAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN RELACIÓN AL TOTAL DE INFORMES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA. PERIODO 2006-2010...	19
GRÁFICO 7-6: INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE NEOPLASIAS EN RELACIÓN AL TOTAL DE INFORMES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA SOLICITADOS A PACIENTES GERIÁTRICOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA. PERIODO 2006-2010 .....	19
GRÁFICO 7-7: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO SEXUAL, DE LOS CASOS DE NEOPLASIAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS .....	20
GRÁFICO 7-8: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETARIOS DE LOS CASOS DE NEOPLASIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS.....	20
GRÁFICO 7-9: DISTRIBUCIÓN POR PROCEDENCIA INSTITUCIONAL DE LOS CASOS DE NEOPLASIAS DERMATOLÓGICAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS.....	21
GRÁFICO 7-10: TIPO DE NEOPLASIA DIAGNOSTICADA POR EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA ENTE BIOPSIAS SOLICITADAS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL LUIS VERNAZA. 2006-2010 .....	21
GRÁFICO 7-11: DIAGNOSTICO ESPECÍFICO DE LAS NEOPLASIAS CUTÁNEAS IDENTIFICADAS EN INFORMES ANATOMOPATOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “LUIS VERNAZA” PERIODO 2006-2010 .....	22

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
---	----

## **1 INTRODUCCIÓN**

A nivel mundial, el segmento de la población geriátrica es el que experimenta el crecimiento más rápido. De hecho en países industrializados estos representan el 13 al 15% de la población (1). Esto debido a que con el tiempo, al eliminar las principales epidemias de enfermedades infecciosas, este grupo etario comenzó a ascender. Se prevé que en el siglo XXI, la creciente población de este grupo en más de un 25% (2), con su enorme consumo de servicios médicos, crearán importantes crisis económicas, de recursos médicos y éticas tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

El cáncer constituye un problema de salud importante a nivel mundial, al constituir la segunda causa de muerte. Es una de las enfermedades que despierta mayor interés entre los investigadores (1,2). El punto es que estas patologías son más frecuentes en las personas de mayor edad.

La vejez produce cambios estructurales y funcionales de la piel que propician su envejecimiento y favorecen la aparición del cáncer de piel. (3,4) Los tumores malignos de la piel más importantes por su frecuencia, evolución y pronóstico son el carcinoma basal y el carcinoma epidermoide (5-10) pero existen otros tipos de cánceres que también se pueden presentar, con importantes variaciones geográficas y por otros factores ambientales (11-13).

De hecho influyen el grado de exposición a rayos solares, al calor y a las toxas profesionales; factores que predisponen por los cambios que producen en la piel a la aparición de lesiones cancerosas. Otras investigaciones destacan la raza blanca como la más afectada, lo que se debe a que estas personas desarrollan una degeneración solar e hiperqueratosis que posteriormente se convierten en carcinomas (8,9) La ocupación anterior de la mayoría de los pacientes fue obrera, campesinos o ama de casa; los obreros se exponen a sustancias químicas toxas y calor

que actúan de manera favorable sobre la piel. Los campesinos con su exposición prolongada al sol, aceleran el proceso de envejecimiento y aumentan la probabilidad de aparición de cánceres cutáneos. Lo expuesto anteriormente explica el predominio del área rural sobre la urbana al igual que otras series (4,7) Otras publicaciones señalan las regiones genianas y nasal como las más afectadas (4,6,10)

Por este motivo es fundamental el desarrollo de estudios que estimen la dimensión del problema en cada ámbito geográfico y ambiental. Más aún esta actividad tiene una connotación especial cuando se realiza en instituciones de salud con grandes volúmenes de demanda de atención de salud.

Como en el hospital “Luis Vernaza” se desconocía cuáles eran las características de las neoplasias cutáneas en pacientes geriátricos y las particularidades de aquellos que las padecen, a pesar de que se atienden en esta institución un aproximado de 6.000 consultas anuales, se realizó un estudio transversal en el que se crea una base de datos y se estima la frecuencia anual de casos, evidenciando con preocupación la gran frecuencia de lesiones cancerosas de la piel entre este grupo, información que sin duda, servirá para el desarrollo de proyectos de intervención tendientes a disminuir afectación de este grupo etario por estas lesiones neoplásica.

## **2 EL PROBLEMA**

### ***2.1 Identificación, valoración y planteamiento***

En el Servicio de dermatología del hospital Luis Vernaza se desconoce las características epidemiológicas de las lesiones cutáneas neoplásicas entre pacientes geriátricos. Esto es preocupante si se considera que este segmento de la población esta sufriendo un crecimiento importante en números absolutos, condición que guarda relación con los avances en medicina respecto a tratamiento y cuidados preventivos, así como avances sociales en relación a mejoramiento de la calidad de vida, etc. Lamentablemente esto hace que cada vez sea mayor un número importantes de pacientes mayores a 65 años, en donde los procesos degenerativos y la exposición crónica a factores de riesgo para el desarrollo de neoplasias se presente, lo que aumenta el número de consultas por procesos neoplásicos.

Por lo tanto, y en este sentido, ni no se produce esta información será difícil de contar con información que permita desarrollar y mejorar programas de salud tendientes a evitar que se altere el estado de salud en la población geriátrica, con las consecuencias deletéreas ya conocidas sobre el sistema sanitario.

### ***Formulación***

¿Determinar las neoplasias cutáneas que son diagnosticadas en pacientes geriátricos atendidos en la consulta externa de Dermatología del hospital “Luis Vernaza” en el periodo 2006-2010?



## **3 OBJETIVOS**

### ***3.1 General***

Determinar las neoplasias cutáneas que son diagnosticadas en pacientes geriátricos atendidos en la consulta externa de Dermatología del hospital “Luis Vernaza” en el periodo 2006-2010

### ***3.2 Específicos***

- Identificar el tipo de neoplasias cutáneas diagnosticadas en pacientes geriátricos atendidos en la consulta externa de dermatología del hospital “Luis Vernaza” en el periodo 2006-2010
- Estimar la frecuencia de las neoplasias en el periodo de estudio
- Describir las características clínicas de las neoplasias cutáneas.
- Establecer el tipo de biopsia empleada para realizar el diagnóstico de la neoplasia cutánea
- Clasificar los pacientes geriátricos con neoplasias cutáneas según edad, género sexual y presencia de patologías concomitantes.

## **4 MARCO REFERENCIAL**

### ***4.1 Marco Teórico***

#### **4.1.1 Envejecimiento y enfermedades de la piel**

El envejecimiento de la población y una especie de “moda” de estos por mantener una apariencia juvenil, han estimulado la investigación sobre los procesos fisiológicos del envejecimiento de la piel.

Un resultado importante de estos esfuerzos, ha sido un mayor conocimiento sobre los problemas neoplásicos cutáneos, alcanzándose grandes logros en la última década que han favorecido la comprensión de la base molecular del envejecimiento

Al respecto, la teoría de los radicales libres afirma que el envejecimiento resulta de una acumulación de daño celular causado por las especies reactivas de oxígeno generadas por el exceso oxidativo metabolismo (14)

También el papel de los genes supresores de tumor, en particular la vía del p53, ha recibido cada vez más atención. Esto debido a que como la división celular puede dar lugar a mutaciones, y por lo tanto el cáncer, los organismos han desarrollado mecanismos supresores de tumores como mecanismo de defensa en caso que se desarrolle este proceso anormal. Estos genes supresores actúan sobre las células, provocando su muerte (apoptosis) o deteniendo su proliferación (senescencia) de forma permanente.

Sin embargo, este proceso actúa como una espada de doble filo, restringiendo el desarrollo de cáncer al eliminar o prevenir el crecimiento de células cancerosas potenciales, y al mismo tiempo tiene un efecto pro-envejecimiento a través de la acumulación de células senescentes (15) que pueden alterar el entorno local de los tejidos, lo que resulta en las enfermedades hiperproliferativas de envejecimiento, incluyendo cáncer(16).

Una acumulación de células senescentes también da como resultado una disminución en varias funciones de la piel humana, incluyendo la eficacia de esta como barrera, la percepción sensorial, la cicatrización de heridas, la respuesta inmune y la reparación del ADN alterado. El impacto de estos cambios varía de trastornos cosméticos a mortales.

Aunque varían en severidad, todos pueden afectar negativamente a la salud de una persona mayor y la calidad de vida.

Una distinción debe hacerse entre el envejecimiento intrínseco atribuido al paso del tiempo, y el foto- envejecimiento, que se caracteriza por los cambios debidos a la exposición crónica al sol superpuesto intrínseca ageing.(17)

Estas últimas características son más notables en las personas de piel clara. La sequedad, la púrpura, la queratosis actínica, la telangiectasia, las arrugas, la aspereza y la pigmentación irregular son algunos de los indicadores del fotoenvejecimiento de la piel. A medida que la población negra abraza cada vez más un estilo de vida occidental, las consecuencias de las quemaduras solares y la exposición al sol de ocio en esta población son aún desconocidos.

Con la edad, se reduce la capacidad del cuerpo para reparar el daño, lo que resulta en un mayor riesgo de crecimiento neoplásico benigno, premaligno y neoplásico maligno. (16)

#### **4.1.2 Importancia de la detección de problemas neoplásicos en la población geriátrica**

Todas las lesiones de la piel en las personas de edad deben evaluarse cuidadosamente para excluir posibles cánceres de la piel y deben ser diferenciados de aquellos que tienen una consecuencia principalmente cosmética. Un plan de cuidado de la piel para compensar la falta de la función fisiológica debe incluir una buena higiene, cuidado de la presión, uso de hidratantes y la prevención de la maceración oclusiva.

Un cuidado consiente de los pies y el tratamiento agresivo de las infecciones superficiales puede prevenir las complicaciones más graves. Por último, los pacientes que no responden al tratamiento estándar deben ser referidos al manejo especializado.

#### **4.1.3 Tipo de lesiones neoplásicas**

##### **Neoplasia benigna**

Lesiones proliferativas benignas son comunes en los ancianos, con frecuencia cada vez mayor en número y tamaño con la edad avanzada. Ellos deben distinguirse de las lesiones malignas o premalignas

##### ***Pólipos fibroepiteliales***

Son lesiones de color piel con pápulas pediculadas y pigmentadas, que suelen aparecer en los párpados, las axilas y el cuello.

##### ***Queratosis seborreica***

Se manifiesta generalmente como máculas marrones, pápulas o placas pero pueden variar en color desde el blanco al negro. Se llaman verrugas seborreicas debido a la apariencia verrugosa o en forma de agregados. La condición es común en la cara, el cuello y el tronco.

##### ***Angiomas Cerezas (Puntos de Campbell de Morgan)***

Son capilares dilatados y congestionados y vénulas. Pápulas de color rojo rubí de hasta 6 mm de tamaño, que se encuentran generalmente en el tronco y parte proximal de las extremidades.

##### ***Lentigos solares***

Son máculas de color marrón de 2 a 4 mm de diámetro, que aumentan gradualmente en tamaño y número y pueden unirse en parches más grandes. Los lugares comunes son áreas de piel expuestas a la luz solar.

El tratamiento de las condiciones anteriores se realiza principalmente por razones cosméticas. Pueden ser tratadas con crioterapia, cauterización o, como último recurso, por simple escisión quirúrgica. Si hubiera alguna duda sobre el diagnóstico, la muestra extirpada de piel se debe enviar para el examen histológico.

### **Neoplasia premaligna**

Las neoplasias premalignas son lesiones con el potencial de progresar a cáncer. La detección precoz y el tratamiento oportuno, pueden prevenir enfermedades malignas cutáneas graves.

### ***Queratosis actínica***

Es una neoplasia precursora común, en la piel dañada por el sol y puede convertirse en carcinoma de células escamosas. Como muchas de estas lesiones regresan espontáneamente y sólo muy pocas progresan a malignidad, el manejo de su potencial premaligno es controversial. (18)

Las lesiones se presentan como pápulas rojas, ásperas y escamosas. Las lesiones tempranas son más fáciles de palpar que visualizar, pueden formar sólo en raras ocasiones un cuerno cutáneo.

El tratamiento implica la crioterapia, o la aplicación tópica de imiquimod o 5 - fluorouracil. (19) La terapia fotodinámica se ha utilizado también con éxito.

La recurrencia de la lesión en el mismo sitio requiere la extirpación quirúrgica y el examen histológico para excluir una neoplasia maligna temprana

### ***Enfermedad de Bowen***

Es un carcinoma de espesor total intraepidérmico que se presenta como una lesión escamosa solitaria de color rojo, bien circunscrita. Las placas se producen en las zonas expuestas al sol y deben diferenciarse de un eczema numular y de la psoriasis. En cualquier lesión escamosa en la

piel dañada por el sol que no responde a la terapia tópica debe realizarse una biopsia.

El tratamiento tópico con imiquimod o 5- fluorouracilo, o cirugía, se utiliza para tratar las lesiones.

### ***Lentigo maligno***

Es un melanoma "in situ " del melanoma de la piel crónicamente dañada por el sol. Los sitios más comunes son la cara, especialmente la nariz y las mejillas. El Lentigo maligno aparece como una mácula de crecimiento lento con bordes irregulares y pigmentación variable. La condición debe ser diferenciada del lentigo solar, que son más pequeñas y de color homogéneo y bordes regulares. La dermatoscopia, en manos expertas, puede ser una herramienta útil para ayudar a distinguir entre lesiones benignas y malignas.

Las opciones de tratamiento para el lentigo maligno incluyen la escisión quirúrgica con un margen quirúrgico importante, la cirugía láser de precisión y la crioterapia. La observación puede ser la opción elegida en casos seleccionados, porque el lentigo maligno podría existir durante muchos años antes de que aparezca un melanoma invasivo.

### ***Neoplasia maligna***

El factor etiológico más importante para el cáncer de piel es la radiación ultravioleta. La exposición acumulada al sol y una alta frecuencia a intensas exposiciones intermitentes también contribuyen al desarrollo de ciertos tipos de cánceres. (20) Por esta razón, el cáncer de la piel se encuentra a menudo en relación a un daño solar de fondo. La inmunosupresión, los agentes cancerígenos (nuez de betel, tabaco) y los virus (virus del papiloma humano) también contribuyen a la patogénesis

### ***Carcinoma de células escamosas, no melanoma***

Implica la extensión de las células neoplásicas en la dermis. La

condición se presenta como una pápula del mismo tono, una placa o un nódulo en la piel, de color ruja en una zona expuesta al sol. Puede ser friable y puede sangrar con ligero trauma.

### ***Carcinoma basocelular no-melanoma***

Es una lesión de la piel en forma de pápula o placa, translúcida (perlada) en tonos de rosa, que se recubre con telangiectasia. Se puede ulcerar. La cabeza y el cuello son los sitios más comunes de ocurrencia, pero puede desarrollarse en cualquier zona de la piel expuesta.

Las opciones de tratamiento del cáncer de piel no melanoma incluyen curetaje y cauterización o escisión y la radiación. En ciertos casos, la criocirugía, láser de CO<sub>2</sub>, la terapia fotodinámica y tópica de imiquimod o 5 - fluorouracilo puede ser usado. (21) Aunque estas condiciones pueden ser administrados por el médico de medicina general, es esencial que los especímenes extirpados o tomados mediante curetaje, deban ser enviados para estudio histológico.

La referencia para la eliminación de la lesión por parte de un especialista se recomienda para lesiones en un sitio cosméticamente sensibles como la cara, y para las recurrencias de lesiones o en lesiones de rápido crecimiento.

Los pacientes con carcinoma de células basales se encuentran en alto riesgo de desarrollar recurrencias y la necesidad de tener cuidado con la exposición al sol y limitar la necesidad de seguimiento a largo plazo en este grupo debe ser muy alto. (22)

### ***Melanoma maligno***

La frecuencia de esta lesión está aumentando en incidencia en todo el mundo. Además de la exposición a la luz solar, otros factores de riesgo incluyen lesiones pigmentadas preexistentes y una historia familiar de melanoma maligno.

Ante la sospecha de melanoma maligno en cualquier lesión pigmentada sigue la regla "ABCD ":

- Asimetría
- Bordes irregulares
- Variación de color o de color negro oscuro
- Diámetro mayor de 6 mm

Por lo tanto, cualquier cambio en la forma, el color o el tamaño de una lesión pigmentada debe despertar la sospecha de cáncer. El signo del patito feo se refiere a una lesión melánica que es atípica más allá del contexto del entorno normal. (23) Esta lesión debe considerarse como sospechosa, independientemente de los resultados específicos.

El melanoma maligno puede ocurrir en cualquier parte de la piel y se ve a menudo en la espalda, la cabeza y el cuello (hombres), extremidades inferiores (mujeres), y las palmas de las manos y plantas de los pies (los negros). La detección temprana es vital, como el pronóstico depende de la profundidad de penetración de la lesión.

Una lesión que es clínicamente sospechosas de melanoma idealmente debe someterse a una biopsia excisional con márgenes estrechos (2 mm). Una biopsia incisional debe reservarse para los casos en los que el tumor es demasiado grande para ser extirpado, o cuando no sea práctico para llevar a cabo una escisión. Una vez que el melanoma es confirmado, la derivación a un centro especializado para su manejo ulterior es lo más aconsejable

#### ***4.2 Marco Legal***

La Realización de este trabajo se sustenta en las siguientes leyes y reglamentos de la República del Ecuador:

- Art. 350 de la Constitución de la República del Ecuador: **“el Sistema de Educación Superior tiene como finalidad (.....) la investigación científica y tecnológica; (.....),la construcción**



**de soluciones para los problemas del país (.....)”** (Asamblea Constituyente)

- Art. 8. Inciso f. LOES, 2010: **“(.....) ejecutar programas de investigación de carácter científico, tecnológico y pedagógico que coadyuven al mejoramiento y protección del ambiente y promuevan el desarrollo sustentable nacional;** (Asamblea Nacional, 2010)
- Art 12, inciso d. LOES, 2010: **“Fomentar el ejercicio y desarrollo de (.....) a investigación científica e todos los niveles y modalidades del sistema;”** (Asamblea Nacional, 2010)
- Art. 138. LOES, 2010: **“Las instituciones del Sistema de Educación Superior fomentarán las relaciones interinstitucionales entre universidades, escuelas politécnicas e institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y conservatorios superiores tanto nacionales como internacionales, a fin de facilitar la movilidad docente, estudiantil y de investigadores, y la relación en el desarrollo de sus actividades académicas, culturales, de investigación y de vinculación con la sociedad”** (Asamblea Nacional, 2010)

Como demostración del compromiso del investigador de no violar ninguna norma ética y de derechos del paciente el trabajo, se ha garantizado la absoluta reserva de los datos de las mismas.

Adicionalmente, el estudio contó con el análisis y la aprobación por parte de la Escuela de Graduados de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y de las Autoridades del hospital

## **5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

“La principal neoplasia cutánea detectada en pacientes geriátricos atendidos en la consulta externa del hospital “Luis Vernaza” es el carcinoma basocelular”

## 6 METODO

### 6.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de tipo transversal debido a que se trata de establecer las características y la frecuencia de una entidad patológica en una población determinada (pacientes geriátricos) a partir de la observación de información disponible en una base de datos.

### 6.2 Variables

#### 6.2.1 Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valor Final</b>	<b>Tipo de Variable</b>
*Frecuencia	*Número de casos por años	*Prevalencia absoluta en el período *Prevalencia entre pacientes geriátricos *Frecuencia anual absoluta *Incidencia anual entre solicitudes de estudio histopatológico *Incidencia anual entre solicitudes de pacientes geriátricos	*Cuantitativa
*Edad	*años de vida desde el nacimiento	*60-69 *70-79 *80-89 *90-99	*Cuantitativa continua
*Género Sexual	*Características fenotípicas	*masculino *femenino	*Nominal dicotómico
*Lugar institucional de procedencia	*Lugar físico de la institución de donde provino el espécimen para estudio	*Hospitalización *Consulta externa	*Nominal

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valor Final</b>	<b>Tipo de Variable</b>
*Tipo de neoplasia cutánea	*Características histopatológicas	*Benigna *Maligna	*Nominal

**Tabla 6-1: Matriz de operacionalización de variables**

### **6.3 Diseño de la investigación**

#### **6.3.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio**

La población diana estará conformada por pacientes geriátricos de cualquier sexo y edad, que fueron diagnosticados de neoplasias cutáneas en la consulta externa de dermatología del Hospital “Luis Vernaza”. La población de estudio deberá cumplir con los siguientes *criterios de selección*:

- Criterios de Inclusión
  - Atención en el periodo de estudio
  - Diagnostico confirmado con estudio histopatológico
  - Expediente clínico completo
- Criterios de exclusión
  - Muerte antes de las 24 horas

Se incluyeron pacientes escogidos de forma no aleatoria por conveniencia que correspondió al 100% de los pacientes considerados población de estudio.

#### **6.3.2 Recolección de información**

##### **Procedimiento**

El procedimiento para la recolección de la información es el siguiente. Mediante el código del CIE 10 destinado para la identificación de las neoplasias cutáneas se procederá a recopilar los números de

expedientes clínicos. Luego se revisará en la base electrónica cada una de las historias y se consignará la información en el formulario de recolección creado para el efecto. Una vez recopilada la información se procederá a su tabulación, presentación y análisis

### **Instrumentos de recolección de información**

- Equipo de ultrasonido marca General Electric tipo Voluson 700 pro
- Equipo de ultrasonido marca Medison SonoAce.
- Formulario de recolección de información (anexo 1).

### **Método de recolección de información**

- Observación dirigida
- Método de Índice de Líquido Amniótico (ILA) (Anexo 2)

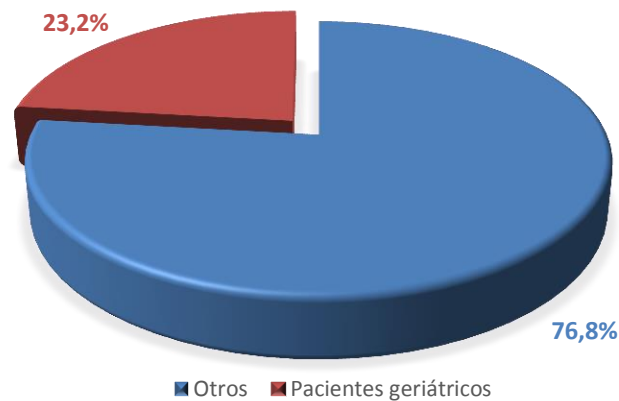
### **6.3.3 Técnicas de análisis de la información**

La base de datos fue diseñada en una hoja electrónica de Excel. Para la presentación de las características de la población se utilizarán estadígrafos, frecuencias simples, acumuladas y porcentajes.

## 7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

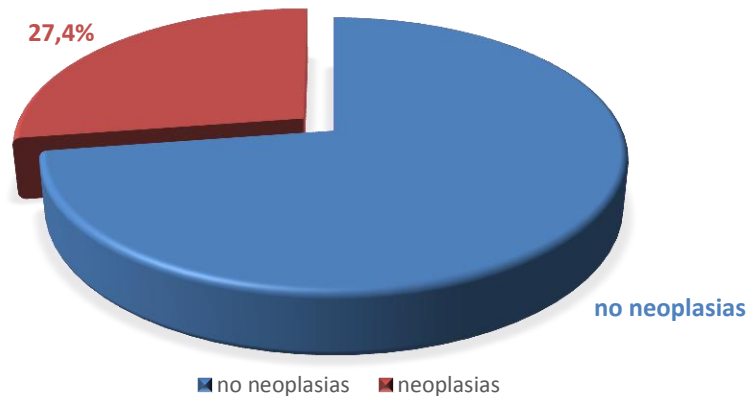
En total entre 2006 y 2010 se procesaron 5516 estudios de anatomía patológica solicitadas por el Servicio de Dermatología del hospital “Luis Vernaza”. Un total de 1279 correspondieron a pacientes geriátricos. (Gráfico 7-1). Entre este grupo, 350 fueron diagnosticados como procesos neoplásicos (Gráfico 7-2).

**Gráfico 7-1: Prevalencia de informes de anatomía patológica solicitados a pacientes geriátricos solicitados por el servicio de Dermatología del hospital Luis Vernaza en el periodo 2006-2010**



Fuente: base de datos

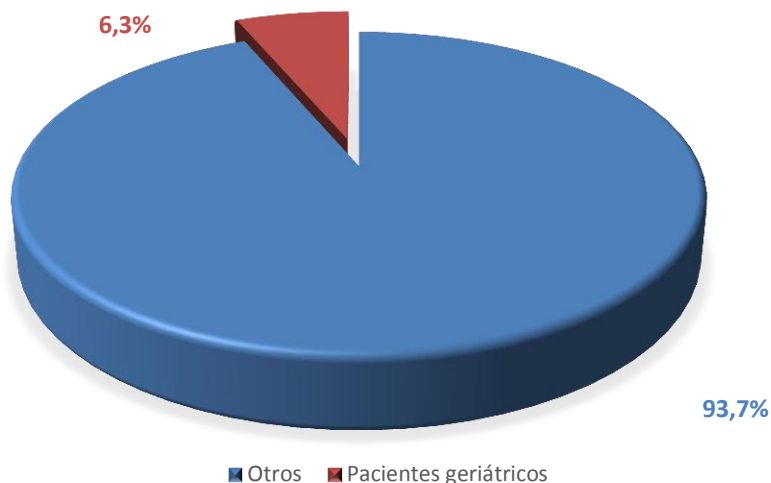
**Gráfico 7-2: Prevalencia neoplasias entre informes de anatomía patológica solicitados a pacientes geriátricos por el servicio de Dermatología del hospital Luis Vernaza en el periodo 2006-2010**



Fuente: base de datos

Los casos de neoplasias identificados en especímenes de biopsias tomadas a pacientes geriátricos, representó menos del 10% de casos para el total de biopsias recibidas en el periodo de estudio (Gráfico 7-3).

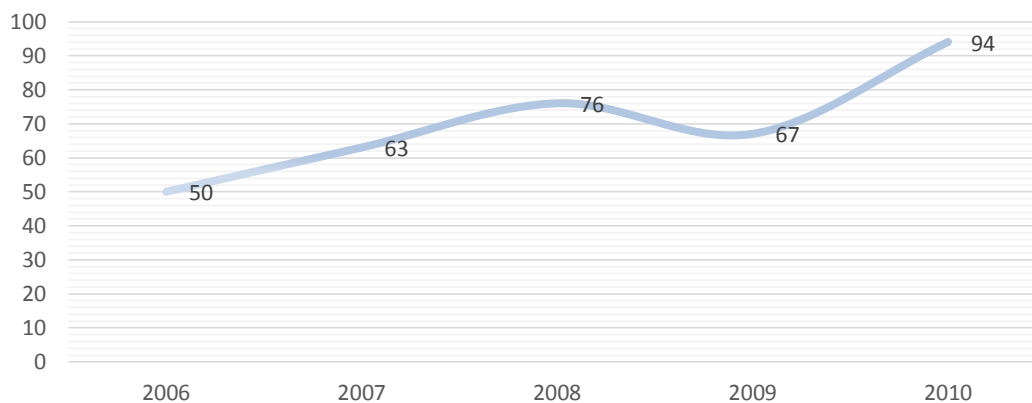
**Gráfico 7-3: Prevalencia neoplasias entre pacientes geriátricos en relación al total de informes de anatomía patológica solicitados por el servicio de Dermatología del hospital Luis Vernaza en el periodo 2006-2010**



Fuente: base de datos

El número absoluto de casos aumentó desde el 2006 hasta el año 2010 en  $\approx 100\%$ . El promedio de anual de casos fue de  $70,0 \pm 16,4$  casos. (Gráfico 7-4)

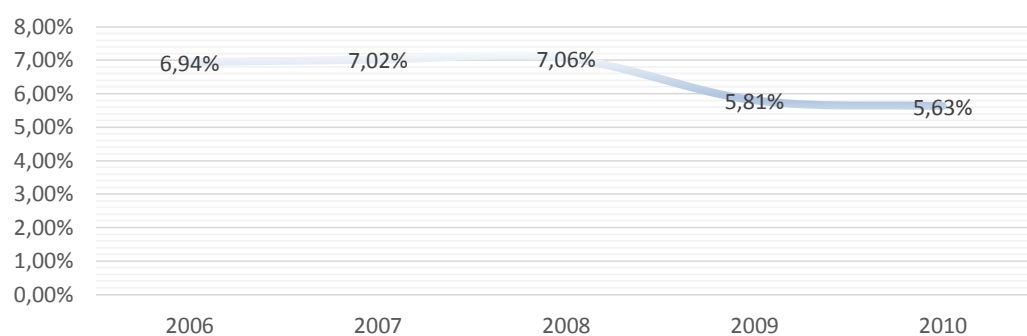
**Gráfico 7-4: Número absoluto de casos de neoplasias en pacientes geriátricos distribuidos por año**



Fuente: base de datos

A pesar de este aumento, la incidencia anual de casos de neoplasias en pacientes geriátricos disminuyó en cerca de un 19% entre el 2006 y 2010 en relación a todos los informes, con una incidencia promedio del 6%. (Gráfico 7-5)

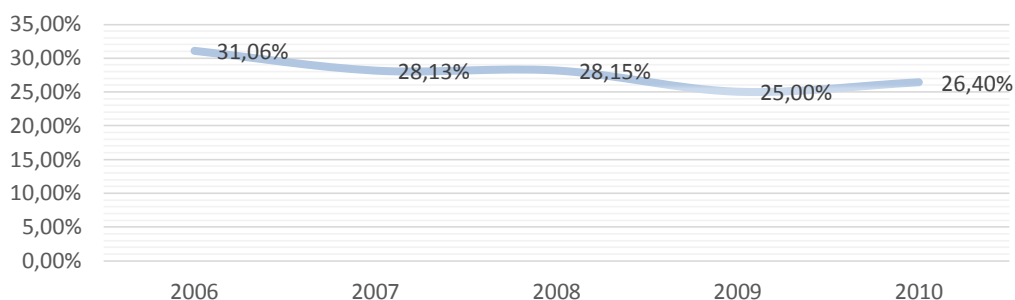
**Gráfico 7-5: Incidencia anual de casos de neoplasias en pacientes geriátricos en relación al total de informes de anatomía patológica solicitados por el Servicio de Dermatología. Periodo 2006-2010**



Fuente: base de datos

La incidencia de resultados de neoplasias en pacientes neoplásicos entre todos las solicitudes de estudio histopatológico también experimentó una disminución en  $\approx 16\%$  entre 2006 y 2010. El promedio de incidencia anual fue en esta ocasión de 27% (Gráfico 7-6)

**Gráfico 7-6: Incidencia anual de casos de neoplasias en relación al total de informes de anatomía patológica solicitados a pacientes geriátricos solicitados por el Servicio de Dermatología. Periodo 2006-2010**

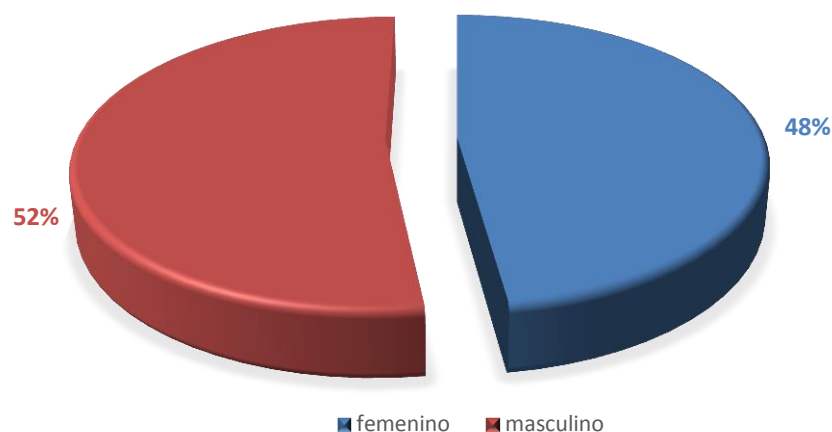


Fuente: base de datos



Existió un porcentaje ligeramente mayor de pacientes geriátricos masculinos (n= 183) entre los casos presentaron lesiones neoplásicas, pero en general el número de afectados fue similar (Gráfico 7-7).

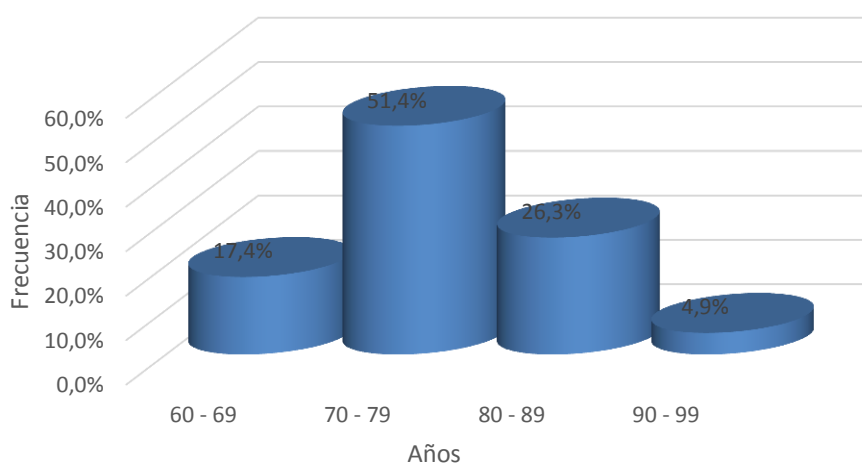
**Gráfico 7-7: Distribución por género sexual, de los casos de neoplasias en pacientes geriátricos**



Fuente: Base de datos

El grupo de edad en el que se presentó el mayor número de casos de neoplasias entre pacientes geriátricos fue el de 70 a 79 años (n= 180). La edad promedio para los casos fue de  $76 \pm 7,3$  años (Gráfico 7-8).

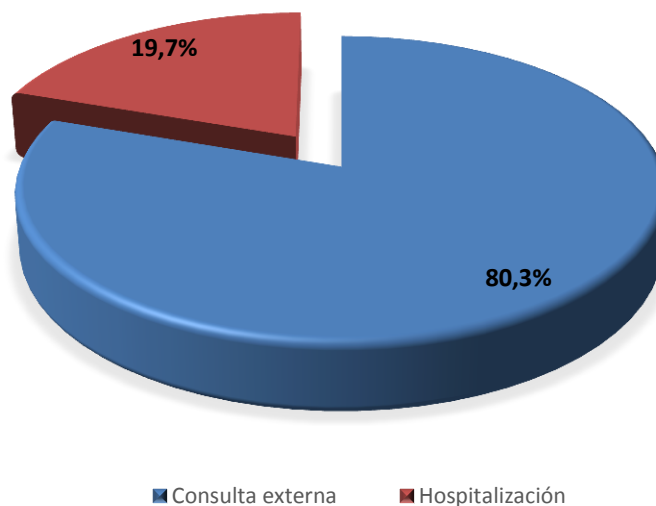
**Gráfico 7-8: Distribución por grupos etarios de los casos de neoplasia en pacientes geriátricos**



Fuente: Base de datos.

Casi 4/5 partes de los casos (n= 281) de neoplasias encontradas en pacientes geriátricos procedieron de la consulta externa, y el resto de hospitalización ya sea de las diferentes salas y de la UCI (Gráfico 7-9).

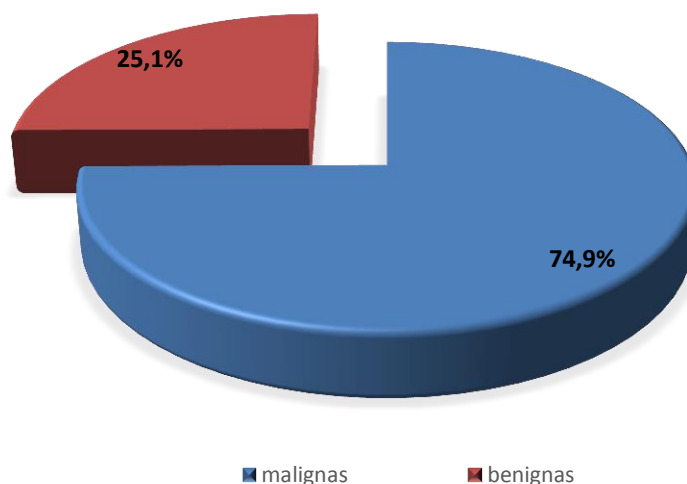
**Gráfico 7-9: Distribución por procedencia institucional de los casos de neoplasias dermatológicas en pacientes geriátricos**



Fuente: Base de datos

Solo 1/4 de los casos (n= 88) de las neoplasias reportadas fueron benignas. En 262 reportes se informó neoplasias malignas (Gráfico 7-10)

**Gráfico 7-10: Tipo de neoplasia diagnosticada por el servicio de anatomía patológica ente biopsias solicitadas por el Servicio de Dermatología. Hospital Luis Vernaza. 2006-2010**



Fuente: Base de datos

La lesión neoplásica informada que se identificó en más de la mitad de los casos fue el carcinoma basocelular, seguido por el carcinoma epidermoide y la verruga vulgar. Los dos tipos mencionados de cánceres representaron el 70,28% de todos los diagnósticos de lesiones neoplásicas reportados entre 2006 y 2010 (Gráfico 7-11)

**Tabla 7-1: Diagnostico específico de las neoplasias cutáneas idetificadas en informes anatomopatológicos en el hospital “Luis Vernaza” periodo 2006-2010**

Diagnóstico	f	%
CARCINOMA BASOCELULAR	193	55,14%
CARCINOMA EPIDERMOIDE	53	15,14%
VERRUGA VULGAR	14	4,00%
HIDROADENOMA.	8	2,29%
GRANULOMA PIOGENO.	7	2,00%
NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO.	7	2,00%
FIBROMA.	6	1,71%
LINFOMA DE HODKING	6	1,71%
MELANOMA MALIGNO.	5	1,43%
QUERATOACANTOMA	5	1,43%
GRANULOMA ANULAR.	4	1,14%
ANGIOMA EN CEREZA.	3	0,86%
HIDROCISTOMA.	3	0,86%
LIPOMA	3	0,86%
NEVO AZUL	3	0,86%
SIRINGOMA CONDROIDE APOCRINO	3	0,86%
ADENOMA PLEOMORFICO	2	0,57%
ENFERMEDAD DE PAGET	2	0,57%
HEMANGIOMA.	2	0,57%
NEVO EPIDERMICO.	2	0,57%
POROMA	2	0,57%
ADENOMA SEBACEO.	1	0,29%
ANGIOFIBROMA.	1	0,29%
CARCINOMA SEBACEO	1	0,29%
ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA.	1	0,29%
HELOMA.	1	0,29%
LINFANGIOMA	1	0,29%
NEUROFIBROMA.	1	0,29%
NEVO DE JADASSON.	1	0,29%
PILOMATRIXOMA.	1	0,29%
SARCOMA DE KAPOSI	1	0,29%
SCHWANNOMA	1	0,29%

<b>TRICOBLASTOMA</b>	<b>1</b>	<b>0,29%</b>
<b>TRICOEPITELIOMA.</b>	<b>1</b>	<b>0,29%</b>
<b>TUMOR DE CELULAS GIGANTES VAINA TENDÓN.</b>	<b>1</b>	<b>0,29%</b>
<b>TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE.</b>	<b>1</b>	<b>0,29%</b>
<b>VERRUGA PLANA.</b>	<b>1</b>	<b>0,29%</b>
<b>VERRUGA VULGAR CON ATIPIA</b>	<b>1</b>	<b>0,29%</b>
<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos

## 8 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Cómo ha sido mencionado, en todo el mundo la población de edad avanzada ha ido en aumento. (24,25) y por lo tanto, la importancia de los trastornos de la piel en las personas de edad ha ido en aumento en el mundo debido a los aspectos que también han sido anotados. Sin embargo, existen pocos estudios sobre las enfermedades de la piel en las poblaciones de ancianos, menos enfocándose estrictamente en procesos neoplásicos. (26, 27) En la investigación que se acaba de presentar, puede observarse que en términos de números absolutos, la cantidad de lesiones neoplásicas en ancianos prácticamente se duplica en entre el primer y el último año del periodo en estudio, lo que concuerda por lo expresado por todos estos autores. En cambio en un estudio efectuado en Turquía (28) para establecer el grupo de enfermedad más frecuente en pacientes geriátricos, el riesgo de desarrollar melanoma y cánceres de piel no melanoma aumentó significativamente con la edad y más bien este potencial estuvo relacionado con varios factores, incluyendo la disminución de la capacidad de reparación del ADN, disminución de la inmuno-vigilancia, y la acumulación de material cancerígenos durante el envejecimiento. 1 Un factor etiológico de cáncer de piel importante, hallado en el estudio fue la exposición a la luz solar. La duración de la exposición a la luz solar fue mayor en las personas de edad avanzada que la mucho más joven, y desarrollar más daño de la luz ultravioleta debido a la disminución de los melanocitos.

En la investigación de Bilgili y cols., (28) se informa una frecuencia de los tumores de piel pre-malignas y malignas (1,2%) mientras que la frecuencia de neoplasia benigna fue de 2,9%. Estos valores distan mucho de los reportado en el estudio actual donde las lesiones neoplásicas en general son casi el doble. Además llama la atención que la diferencia en la frecuencia de lesiones malignas y benignas es apenas de algo menos del doble, mientras que en la investigación es casi de 4 a 1.

En investigaciones como el de Yalcin (26) y Adam, (27) la frecuencia

de tumor benigno fue entre 1,7% y 13,8%, y la incidencia de tumor maligno mostró variación del 2,1% al 12.6%. Estos hallazgos en la frecuencia de las lesiones neoplásicas malignas estarían más acorde con lo informado en la investigación actual, peso a que tampoco se da una relación de diferencia entre lesiones neoplásicas benignas y malignas de 4 a 1.

En todo caso es necesario que las condiciones particulares de exposición al sol que se producen en el Ecuador pues podrían facilitar el desarrollo de cánceres que aumentan su incidencia con la exposición crónica al sol.

## 9 CONCLUSIONES

Se comprueba la hipótesis planteada originalmente respecto a que la lesión encontrada con mayor frecuencia es el carcinoma basocelular, aunque en general puede apreciarse que los cánceres de piel representan más del 70% de las lesiones y que las lesiones neoplásicas malignas son las de mayor prevalencia en este grupo. Esta distribución de la enfermedad al parecer está relacionado con el hecho de que al aumentar la edad, empiezan a producirse una serie de procesos degenerativos que afectan el ADN que pueden facilitar el desarrollo de neoplasias que finalmente pueden transformarse en cáncer. También el aumento de años, también se asocia a una exposición más larga a un agente nocivo que favorezca el desarrollo de este tipo de neoplasia, lo que también estaría explicando esta prevalencia tan alta de lesiones neoplásicas malignas en este grupo de pacientes.

En relación a la información que se acaba de presentar, puede recomendarse:

- Realizar una campaña para que los pacientes geriátricos se realicen una evaluación dermatológica tan pronto cumpla los 66 años a fin de identificar lesiones neoplásicas malignas en la piel, de manera precoz.
- Desarrollar una campaña de información para personas mayores de 65 años respecto a las medidas necesarias para prevenir el cáncer de piel. También es necesario que estas personas y sus familiares o personas allegadas, sean informadas acerca de la importancia de acudir a una consulta médica, tan pronto detecten una lesión cutánea.
- Efectuar un estudio para establecer el impacto epidemiológico, socioeconómico y psicológico del diagnóstico de lesiones neoplásicas entre personas de más de 65 años en la ciudad y el país.
- Identificar posibles factores de riesgo, no relacionados con la edad, que pueden favorecer el desarrollo de lesiones neoplásicas malignas cutáneas en la población de pacientes geriátricos.
- Determinar las principales lesiones neoplásicas en pacientes de 65 años

o menos.

- Evaluar las causas de un decremento de la incidencia anual de lesiones neoplásicas entre pacientes geriátricos
- Establecer el comportamiento epidemiológico los cánceres basocelular y espinocelular, en la población geriátrica y en la población en general atendida en esta institución.



## **10 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

En el estudio que se acabó de presentar, debido a que se usó información ya reportada fue imposible poder obtener algún tipo de datos respecto a algunas variables planteadas inicialmente. por lo que no se reportaron. Sin embargo la investigación permitió reunir todos los pacientes con diagnóstico confirmado por estudio anatomopatológico, lo que es de gran valor al momento de hacer una estimación de la frecuencia. De hecho, el estudio se vio favorecido por esta situación, permitiendo estimar de manera precisa, la prevalencia de las diversas patologías y la incidencia anual, lo que hace del estudio una investigación con resultados confiables e inferibles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrada M; Dominguez R, Virelles I. Cánceres cutáneos del paciente geriátrico. Rev Cubana Oncol 2001;17(3) 171-5
2. Jiménez Chaviano PT, Rondón B. Consideraciones acerca del dolor en el anciano con cáncer. Rev Cubana Oncol 1998;14(1):26-34.
3. Chávez Martínez FJ. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol 1998;13(1):5-11.
4. Santana Gómez JA. Lesiones precancerosas y cánceres cutáneos del paciente anciano. Rev Cubana Oncol 2000;16(1):26-9.
5. Bni R, Dummer R. Are skin tumors on the increase. Schweiz Med Wochenschr 1998;125(35):1619-24.
6. Pagliani G, Costa P. Skin tumors. Minerva Chir 1999;60(8):667-72.
7. Taniguchi Y. Skin surgery in patients 90 years of age and over. Int J Dermatol 1998;37(7):547-50.
8. Maia M. Risk factors for basal cell carcinoma a case control study. Rev Saude Publica 1997;29(1):27-37.
9. Pluzhnikov MS. Skin tumors of the face. Western Otorrinolaringol 1997;6(1):15-20.
10. Hallock GG. Prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis in 2000 excised skin tumors. Plast Reconstr Surg 1999;101(5):1255-61.
11. Estrada Sarmiento M. Lesiones malignas de la piel facial. Rev Cubana Estomatol 1988;25(2):33-43.
12. Romero García M. Cirugía mayor ambulatoria un método con perspectiva. Rev Cubana Cir 1999;38(3):156-66.
13. Medelo Curbelo ON. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo". Rev Cubana Cir 1999;38(1):41
14. Sohal RS, Weindruch R. Oxidative stress, caloric restriction, and aging. Science 1996;273:59-63.
15. Campisi J. Aging, tumor suppression and cancer: high-wire act! Mechanism of Ageing and Development 2005;126:51-8.

16. Krtolica A, Parinello S, Lockett S, Desprez P, Campisi J. Senescent fibroblasts promote epithelial cell growth and tumorigenesis. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001;98:12072-7.
17. Fisher GJ, Kang S, Varani J, et al. Mechanisms of photoaging and chronological skin aging. *Arch Dermatol* 2002;138:1462-70.
18. Glogan RG. The risk of progression to invasive disease. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:S23-S24.
19. Stockfleth E, Meyer T, Benninghof B, et al. A randomized, double-blind vehicle controlled study to assess 5% imiquimod cream for the treatment of multiple actinic keratosis. *Arch Dermatol* 2002;138:1498-502.
20. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. 1. Basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1995;131:157-63.
21. Marks R, Gebauer K, Shumack S, et al. Imiquimod 5% cream in the treatment of superficial basal cell carcinoma: results of a multicenter 6-week dose-response trial. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:807-13.
22. Marcil I, Stern RS. Risk of developing a nonmelanoma skin cancer in patients with a history of nonmelanoma skin cancer. *Arch Dermatol* 2000;136:1524-30.
23. Grob JJ, Bonerandi JJ. The 'ugly duckling' sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. *Arch Dermatol* 1998;134:103-4.
24. Liao YH, Chen KH, Tseng MP, Sun CC. Pattern of skin diseases in a geriatric patient group in Taiwan: a 7-year survey from the outpatient clinic of a university medical center. *Dermatology* 2001; 203: 308-13.
25. Statistical Yearbook of Turkey, 2003. Ankara, State Institute of Statistics, Prime Ministry, Republic of Turkey
26. Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Özta? P, Hayran M, Alli N. Prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol* 2006; 45: 672-6.
27. Adam JE, Reilly S. The prevalence of skin disease in the geriatric age group. *Australas J Dermatol* 1987; 28: 72-6.
28. Bilgili Sg, Karadaz AS, ozkol HU, Calka O, Akdeniz N. The prevalence

of skin diseases among the geriatric patients in Eastern Turkey. J Pak  
Med Assoc 2012;62(6):535.

## ANEXO

### Anexo 1: Base de datos

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
1	06-474	M	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
2	06-532	F	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
3	06-006	F	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
4	06-132	F	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
5	06-014	M	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
6	06-522	M	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
7	06-359	M	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
8	06-487	F	76	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
9	06-546	M	76	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
10	06-581	M	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
11	06-308	M	78	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
12	06-393	F	82	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
13	06-530	F	82	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
14	06-048	F	84	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
15	06-051	F	86	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
16	06-501	F	70	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
17	06-307	M	72	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
18	06-066	F	76	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
19	06-340	M	78	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
20	06-606	M	78	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
21	06-025	F	80	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
22	06-432	M	88	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
23	06-570	M	88	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2006
24	06-378	F	70	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2006
25	06-302	F	70	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2006
26	06-524	M	75	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2006
27	06-189	M	76	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2006
28	06-632	F	85	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2006
29	06-392	M	88	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2006
30	06-499	M	78	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2006

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
31	06-188	M	84	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2006
32	06-280	M	73	H	FIBROMA.	2006
33	06-103	M	68	CE	GRANULOMA ANULAR.	2006
34	06-597	M	75	CE	GRANULOMA PIOGENO.	2006
35	06-010	M	72	CE	HEMANGIOMA.	2006
36	06-330	F	72	CE	HIDROCISTOMA.	2006
37	06-335	M	70	H	LINFOMA DE HODKING	2006
38	06-276	M	71	H	LINFOMA DE HODKING	2006
39	06-055	M	74	H	LINFOMA DE HODKING	2006
40	06-529	F	75	H	LIPOMA.	2006
41	06-659	F	78	CE	MELANOMA MALIGNO.	2006
42	06-403	M	77	H	MELANOMA MALIGNO.	2006
43	06-552	M	68	CE	NEVO EPIDERMICO.	2006
44	06-640	F	70	CE	VERRUGA VULGAR	2006
45	06-642	M	70	CE	VERRUGA VULGAR	2006
46	06-558	M	78	CE	VERRUGA VULGAR	2006
47	06-607	M	78	H	VERRUGA VULGAR	2006
48	06-466	F	79	H	VERRUGA VULGAR	2006
49	06-197	M	80	H	VERRUGA VULGAR	2006
50	06-219	F	76	CE	VERRUGA VULGAR CON ATIPIA	2006
51	07-417	M	94	CE	ADENOMA PLEOMORFICO DE GLANDULA SALIVAL.	2007
52	07-291	M	68	H	ADENOMA SEBACEO.	2007
53	07-303	F	76	CE	ANGIOMA EN CEREZA.	2007
54	06-709	M	67	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
55	07-518	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
56	07-144	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
57	07-655	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
58	07-491	F	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
59	07-377	M	71	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
60	07-060	M	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
61	07-579	F	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
62	07-334	F	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
63	06-749	M	75	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
64	07-168	M	79	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
65	07-090	M	79	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
66	07-594	M	80	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
67	07-165	F	82	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
68	07-553	F	82	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
69	07-531	M	83	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
70	07-063	F	84	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
71	07-573	M	84	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
72	07-406	M	84	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
73	07-671	F	85	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
74	07-714	M	85	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
75	07-039	F	86	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
76	06-711	F	86	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
77	07-152	M	86	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
78	07-763	F	87	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
79	07-062	F	66	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
80	07-156	F	71	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
81	07-565	F	76	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
82	07-595	F	84	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
83	08-001	M	95	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2007
84	07-555	M	68	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007
85	07-635	F	71	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007
86	05-303	M	72	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007
87	07-462	F	76	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007
88	07-457	F	77	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007
89	07-194	M	77	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007
90	07-427	M	78	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
91	07-585	M	80	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007
92	07-072	M	67	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2007
93	07-118	F	81	CE	ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA.	2007
94	07-138	M	76	CE	GRANULOMA PIOGENO.	2007
95	06-738	F	92	CE	GRANULOMA PIOGENO.	2007
96	07-506	F	68	CE	HIDROADENOMA.	2007
97	07-154	M	70	H	LINFOMA DE HODKING	2007
98	07-158	M	71	H	LINFOMA DE HODKING	2007
99	07-266	F	68	CE	LIPOMA	2007
100	07-257	M	68	CE	LIPOMA.	2007
101	07-692	M	72	CE	MELANOMA MALIGNO.	2007
102	07-275	M	86	CE	MELANOMA MALIGNO.	2007
103	07-052	F	66	CE	NEVO EPIDERMICO.	2007
104	07-361	F	70	CE	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO.	2007
105	07-029	M	72	CE	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO.	2007
106	07-103	M	72	CE	SCHWANNOMA	2007
107	07-119	M	68	CE	SIRINGOMA CONDROIDE APOCRINO	2007
108	06-726	F	68	CE	TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE.	2007
109	07-449	F	69	CE	VERRUGA VULGAR	2007
110	07-526	M	71	CE	VERRUGA VULGAR	2007
111	07-410	M	75	CE	VERRUGA VULGAR	2007
112	07-090	M	79	CE	VERRUGA VULGAR	2007
113	07-578	F	85	CE	VERRUGA VULGAR	2007
114	08-563	F	67	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
115	08-769	M	67	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
116	08-609	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
117	08-810	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
118	08-643	M	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
119	08-155	F	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
120	08-286	M	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008



FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
121	08-358	M	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
122	08-434	M	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
123	08-441	F	71	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
124	08-489	F	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
125	08-296	M	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
126	08-293	M	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
127	08-409	F	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
128	08-547	M	75	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
129	08-321	M	76	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
130	08-710	F	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
131	08-569	F	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
132	08-237	F	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
133	08-658	F	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
134	08-345	F	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
135	08-355	M	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
136	08-525	M	78	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
137	08-626	M	78	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
138	08-530	F	79	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
139	08-712	F	79	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
140	08-093	F	79	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
141	08-699	M	80	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
142	08-353	M	80	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
143	08-721	F	81	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
144	08-767	M	82	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
145	08-640	F	83	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
146	08-601	M	83	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
147	08-504	F	84	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
148	08-678	F	85	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
149	08-593	M	86	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
150	08-664	M	88	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
151	08-099	F	95	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
152	08-030	M	95	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
153	08-615	M	83	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
154	08-617	F	69	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
155	08-770	F	73	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
156	08-649	M	75	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
157	08-460	F	78	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
158	08-521	F	85	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
159	08-673	F	87	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
160	08-624	M	87	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
161	08-129	M	96	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2008
162	08-228	M	71	H	CARCINOMA EPIDERMOIDE	2008
163	08-026	F	72	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2008
164	08-647	F	74	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2008
165	08-759	F	74	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2008
166	08-569	F	77	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2008
167	08-658	F	77	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2008
168	08-410	M	80	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2008
169	08-415	M	83	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2008
170	06-733	F	95	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2008
171	08-470	F	71	CE	ENFERMEDAD DE PAGET	2008
172	08-162	M	68	CE	FIBROMA.	2008
173	08-528	F	71	CE	FIBROMA.	2008
174	08-386	F	72	CE	FIBROMA.	2008
175	08-507	M	83	CE	GRANULOMA PIOGENO.	2008
176	08-311	F	78	CE	HIDROADENOMA.	2008
177	08-503	F	68	CE	HIDROCISTOMA.	2008
178	08-093	F	79	CE	HIDROCISTOOMA	2008
179	08-357	F	67	CE	LINFOMA DE HODKING	2008
180	08-120	M	78	CE	MELANOMA MALIGNO.	2008

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
181	08-581	M	71	CE	NEVO AZUL	2008
182	08-428	F	78	CE	POROMA	2008
183	08-026	F	72	CE	QUERATOACANTOMA	2008
184	08-112	F	79	CE	TRICOBLASTOMA	2008
185	08-719	F	74	CE	TRICOEPITELIOMA.	2008
186	08-431	F	78	CE	VERRUGA PLANA.	2008
187	08-051	F	71	CE	VERRUGA VULGAR	2008
188	08-443	F	72	CE	VERRUGA VULGAR	2008
189	08-080	F	75	CE	VERRUGA VULGAR	2008
190	09-366	F	73	CE	ADENOMA PLEOMORFICO DE GLANDULA SALIVAL.	2009
191	09-699	M	68	CE	ANGIOFIBROMA.	2009
192	09-396	F	70	CE	ANGIOMA EN CEREZA.	2009
193	09-418	M	66	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
194	09-1003	M	67	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
195	09-406	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
196	09-628	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
197	09-550	M	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
198	09-469	M	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
199	09-611	M	71	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
200	09-554	F	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
201	09-401	F	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
202	09-924	F	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
203	09-640	F	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
204	09-951	M	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
205	09-190	F	74	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
206	09-769	F	74	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
207	09-793	F	76	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
208	09-436	M	76	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
209	09-408	M	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
210	09-668	F	79	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
211	09-744	M	79	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
212	09-299	F	80	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
213	09-470	M	80	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
214	09-338	M	80	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
215	09-294	F	81	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
216	09-203	F	81	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
217	09-636	F	82	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
218	09-080	M	85	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
219	09-374	M	85	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
220	09-073	M	87	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
221	09-064	M	88	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
222	08-827	F	89	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
223	09-496	F	92	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
224	09-846	M	93	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
225	09-419	M	97	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
226	09-817	F	72	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
227	09-467	F	73	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
228	09-518	M	75	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
229	09-911	F	76	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
230	09-037	M	77	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
231	09-185	F	80	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
232	09-651	M	80	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
233	09-046	F	81	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
234	09-409	M	84	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2009
235	09-170	F	68	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2009
236	10-349	M	85	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2009
237	09-745	M	71	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2009
238	09-348	M	74	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2009
239	09-305	F	85	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2009
240	09-946	M	87	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2009

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
241	09-231	F	88	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2009
242	09-355	M	73	CE	FIBROMA.	2009
243	09-400	M	74	CE	FIBROMA.	2009
244	09-736	F	66	CE	GRANULOMA ANULAR.	2009
245	09-683	F	68	CE	GRANULOMA ANULAR.	2009
246	09-725	F	66	H	GRANULOMA ANULAR.	2009
247	09-960	M	83	CE	GRANULOMA PIOGENO.	2009
248	09-647	F	72	CE	HEMANGIOMA.	2009
249	09-1005	M	68	H	LINFANGIOMA	2009
250	09-1008	F	72	CE	NEVO AZUL	2009
251	09-545	F	74	CE	NEVO AZUL	2009
252	09-948	F	70	CE	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO.	2009
253	08-854	M	67	CE	POROMA	2009
254	09-662	F	72	CE	QUERATOACANTOMA	2009
255	09-897	M	74	CE	QUERATOACANTOMA	2009
256	09-412	M	87	CE	SARCOMA DE KAPOSI	2009
257	10-1347	F	69	CE	ANGIOMA EN CEREZA.	2010
258	10-1172	F	66	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
259	10-1481	F	66	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
260	10-855	F	67	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
261	10-662		67	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
262	10-456	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
263	10-1501	F	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
264	10-1017	M	68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
265	10-638		68	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
266	10-481	F	69	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
267	10-192	F	69	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
268	10-209	F	69	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
269	10-367	F	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
270	10-1313	F	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
271	10-844	M	70	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
272	10-355	F	71	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
273	10-555	F	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
274	10-220	F	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
275	10-058	F	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
276	10-273	M	72	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
277	10-1426	F	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
278	10-1413	F	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
279	10-1151	M	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
280	10-281	M	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
281	10-1062	M	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
282	10-1064	M	73	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
283	10-100	M	75	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
284	10-373	M	76	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
285	10-245	M	76	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
286	10-040	M	77	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
287	10-1331	F	78	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
288	10-1188	M	78	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
289	10-207	M	78	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
290	10-742	M	80	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
291	10-1398	F	81	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
292	10-1400	M	82	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
293	10-167	M	82	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
294	10-897	M	85	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
295	10-630		85	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
296	10-007	M	87	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
297	10-219	F	88	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
298	10-966	M	93	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
299	10-969	F	96	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
300	10-1457	F	97	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
301	10-010	M	97	CE	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
302	10-760	F	66	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
303	10-423	M	73	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
304	10-561	M	75	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
305	10-629	F	80	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
306	10-421	M	82	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
307	10-297	M	86	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
308	10-139	M	97	H	CARCINOMA BASOCELULAR	2010
309	10-108	M	67	H	CARCINOMA EPIDERMOIDE	2010
310	10-422	M	73	H	CARCINOMA EPIDERMOIDE	2010
311	10-330	M	66	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
312	10-164	M	67	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
313	10-776	F	68	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
314	10-131	F	70	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
315	10-825	M	70	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
316	10-369	M	75	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
317	10-1468	M	76	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
318	10-668	M	80	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
319	10-097	M	82	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
320	10-728	M	84	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
321	11-0051	M	84	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
322	10-1260	M	89	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
323	10-1141	M	93	CE	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
324	10-502	M	70	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
325	10-1061	M	72	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
326	10-501	M	78	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
327	10-086	M	85	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
328	10-1143	M	86	H	CARCINOMA ESPINOCELULAR	2010
329	10-242	M	82	CE	CARCINOMA SEBACEO	2010
330	10-692	F	79	CE	ENFERMEDAD DE PAGET	2010

FORMULARIO	INFORME	SEXO	EDAD	ORIGEN	DIAGNOSTICO	año
331	10-1130	F	66	CE	GRANULOMA PIOGENO.	2010
332	10-310	F	66	CE	GRANULOMA PIOGENO.	2010
333	10-231	F	74	CE	HELOMA.	2010
334	10-306	F	73	CE	HIDROADENOMA.	2010
335	10-1485	M	80	CE	HIDROADENOMA.	2010
336	10-042	M	66	H	HIDROADENOMA.	2010
337	10-961	F	70	CE	NEUROFIBROMA.	2010
338	10-1090	M	73	CE	NEVO DE JADASSON.	2010
339	10-1424	M	68	CE	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO.	2010
340	10-597	M	78	CE	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO.	2010
341	10-717	F	79	CE	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO.	2010
342	10-967	M	93	CE	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO.	2010
343	10-912	F	80	CE	PILOMATRIXOMA.	2010
344	10-112	M	85	CE	QUERATOACANTOMA	2010
345	10-091	M	87	CE	QUERATOACANTOMA	2010
346	10-1164	F	69	CE	SIRINGOMA CONDROIDE APOCRINO	2010
347	10-945	M	75	CE	SIRINGOMA CONDROIDE APOCRINO	2010
348	10-765	F	75	CE	TUMOR DE CELULAS GIGANTES DE LA VAINA TENDINOSA.	2010
349	10-302	F	85	CE	VERRUGA VULGAR	2010
350	10-446	M	80	CE	VERRUGA VULGAR,	2010