

## Comportamiento del cáncer de piel en el Policlínico Universitario Héroes del Moncada, en Cárdenas. Estudio de 10 años

### Behaviour of skin cancer in the University Policlinic Heroes del Moncada, in Cardenas. A ten-year study

Dra. Regla María Fernández Martell, Dra. Airiday Legrá Lezcano, Dra. Clara Milagros Sánchez Fernández, Dra. Acela Pura Dopico Toledo, Dra. Leticia González Carrillo, Dra. Rosabel González Romo

Policlínico Universitario Héroes del Moncada. Matanzas, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas.

**Objetivo:** determinar el comportamiento del diagnóstico de cáncer de piel en un período de 10 años en el Policlínico Universitario Héroes del Moncada, en Cárdenas.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de 215 pacientes diagnosticados con cáncer de piel, en el período 2005-2014. Los datos fueron recopilados del registro de cáncer de la institución.

**Resultados:** lo más significativo fue que la mayor incidencia ocurrió en el grupo de edades comprendidas entre la 5ta y 7ma décadas de la vida. El sexo femenino prevaleció con 114 pacientes (53,1 %); se pudo constatar que 199 pacientes (92,5 %) fueron de color de piel blanca. Atendiendo a la clasificación del diagnóstico: 147 (68,37 %) correspondieron a carcinoma escamoso, 38 (17,67 %) al carcinoma basocelular y 26 (12,09 %) a carcinoma tricoblástico. Fue significativa la correlación de forma clínica de carcinoma y sexo, afectando a 84 (74,34 %) féminas en el carcinoma escamoso y 22 (21,57 %) hombres en el carcinoma basocelular.

**Conclusiones:** el sexo más afectado es el femenino y los pacientes de color de piel blanca. La forma clínica de mayor prevalencia fue el carcinoma escamoso, el cual es de más riesgo de metástasis ganglionares y viscerales.

**Palabras clave:** cáncer de piel, prevalencia, descripción.

---

## ABSTRACT

**Background:** according to the World Health Organization, the incidence of skin cancer has tripled in the last two decades.

**Aim:** to determine the behaviour of the skin cancer diagnosis in a ten-year period in the University Policlinic Heroes del Moncada, in Cardenas.

**Materials and methods:** it was carried out a descriptive, retrospective study of 215 patients diagnosed with skin cancer, in the period 2005-2014. Data were collected from the institution cancer record.

**Outcomes:** the most significant fact was that the higher incidence occurred in the age group between the fifth and seventh decades of live. The female gender prevailed with 114 patients (53.1 %); it was found that 199 patients (92.5 %) had white skin. Taking into account the diagnosis classification: 147 (68.37 %) corresponded to squamous carcinoma, 38 (17.67 %) to basal cell carcinoma and 26 (12.9 %) to trichoblastic carcinoma. The correlation between carcinoma clinical form and gender was significant, affecting 84 (74.34 %) women in squamous carcinoma and 22 (21.57 %) men in basal cell carcinoma.

**Conclusions:** the most affected gender is the female one and the white skin patients. The clinical form with higher prevalence was the squamous carcinoma that is the one with more risk of lymph node and visceral metastasis.

**Key words:** skin cancer, prevalence, description.

---

## INTRODUCCIÓN

Para disertar sobre el cáncer de piel, se hace imprescindible referirse a su distribución en general, así como las funciones del mismo, la histología que lo conforma y los factores de riesgos que favorecen su aparición. Siendo la piel un órgano de vital importancia por las funciones que desempeña, la convierte en una estructura intermedia entre el exterior del organismo y las estructuras internas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas. En el mundo se registran anualmente de dos a tres millones de casos de cáncer de piel no melanoma. Los fototipos más frecuentes de estas neoplasias son los pacientes de piel blanca y ojos claros. Dentro de los fototipos cutáneos, el I, presenta como característica quemaduras, nunca pigmentación, mientras que el fototipo cutáneo III, presenta algunas veces quemaduras, usualmente pigmentación. En cuanto al sexo, el masculino es el de mayor incidencia, y la aparición de las lesiones comienzan a partir de la cuarta década de la vida.

Otros factores que favorecen su aparición son: el virus del papiloma humano (VPH fenotipos V y VIII), radiaciones ionizantes, arsenicales, hidrocarburos aromáticos, tabaquismo, inmunosupresión y los tratamientos con fototerapia (PUVA terapia).<sup>(1)</sup>

Las fotodermatosis están causadas por una reacción anómala frente al sol, a las fuentes artificiales y la radiación ultravioleta. Se dividen en idiopáticas, fototóxicas, fotoalérgicas y secundarias. Su diagnóstico diferencial es difícil por la similitud clínica y la nomenclatura confusa. Los estudios fotobiológicos (el fototest, la fotoprovocación y la prueba de fotoparche) tienen utilidad clínica y son necesarios para el diagnóstico en varias fotodermatosis.<sup>(2)</sup>

Los cambios climáticos, al igual que la acumulación de gases del efecto invernadero, modifican el equilibrio de la atmósfera, provocando el calentamiento de la Tierra, de ahí la aparición de áreas desérticas y semidesérticas y las emanaciones de los gases tóxicos, lo que ha influido en la aparición de enfermedades neoplásicas, virales y bacterianas. La tendencia actual del calentamiento global y la disminución de las precipitaciones y de la temperatura puede contribuir al aumento de la prevalencia de algunas dermatosis. La mayor proporción de radiación UVB que alcanza la superficie terrestre, unida a hábitos poblacionales de aumento de fotoexposición, junto con una fotoprotección incorrecta, hacen suponer tasas de cáncer cutáneo y de fotoenvejecimiento, todo lo cual constituyen un reto para el dermatólogo en su labor de prevención, así como la detección precoz del cáncer de piel.<sup>(3)</sup>

Sobre el paralelo ecuatorial, en la cordillera de los Andes, se localiza una de las áreas con la radiación ultravioleta más elevada del planeta. Colombia se encuentra en esta ubicación, y se ha reportado en este país un incremento en las tasas de carcinoma basocelular; se destaca la asociación con el fototipo III, de la piel.<sup>(4)</sup>

Los tumores malignos que afectan a la piel pueden originarse en cualquiera de sus capas: epidermis, dermis e hipodermis. Sin embargo, es en la primera, la epidermis, donde se desarrollan.

La influencia del virus del papiloma humano en el desarrollo de carcinoma cutáneo no melanoma es un tema controvertido. VPH-β es el género relacionado con el desarrollo de cáncer de piel.<sup>(5)</sup>

En estudios realizados por diferentes investigadores en el mundo, coinciden en plantear que el carcinoma basocelular es el de más incremento, le siguen en orden de continuidad, según la literatura revisada, el carcinoma escamoso o espinocelular o epidermoide.<sup>(6)</sup> Este último tiene diferentes sitios de aparición: conjuntiva, margen anal, vulva, y oral; también se ha reportado asociado con liquen escleroatrófico y al papiloma virus.<sup>(7-12)</sup>

EL carcinoma triquilemal o tricolémico o tricoblástico, aunque es poco frecuente este tipo de neoplasia de anexos de la piel, se observa en pacientes con piel fotosensible fototipos I y II, que al exponerse al sol no se broncea, sino se "quema".<sup>(13-15)</sup> Debido a su presentación clínica, este carcinoma no favorece el diagnóstico diferencial y habitualmente se hace por exclusión; su desarrollo es lento, con poca tendencia a la aparición de metástasis regionales ganglionares y sistémicas.

Melanoma maligno, a pesar que en sentido general, este cáncer ocupa el tercer lugar en frecuencia, en Chile, ha aumentado su incidencia en 5 % anual. Se estima que 1 de cada 55 hombres lo padecen. También sucede en Argentina, aunque son escasos el número de pacientes reportados.<sup>(1,16,17)</sup>

El linfoma cutáneo de células B, se considera actualmente como categoría distintiva de los linfomas primarios cutáneos, y se reconocen subtipos característicos dentro de ellos. Se destaca el linfoma primario cutáneo difuso de células B grandes, tipo pierna.<sup>(18)</sup>

Los linfomas cutáneos primarios son neoplasias originadas en la piel, sin evidencia de afección extracutánea. Pertenecen al grupo de los no Hodgkin. La OMS y la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer se clasifican en: B, en los de la zona marginal, del centro folicular y de células grandes. A su vez, los de células grandes pueden ser "de la pierna", centrofoliculares y otros, que no cumplen con las características de los anteriores.<sup>(19)</sup>

Carcinoma calcificado de Malherbe o pilomatrixoma de Malherbe o pilomatricoma, es un tumor benigno, de origen ectodérmico a partir de las células más externas de la vaina de la raíz del folículo piloso, que a veces puede transformarse en maligno. Se han descrito casos en la literatura de lesiones hasta de 15 cm de diámetro, de formas variadas, del color de la piel, rosado o rojo violáceo. La forma de esta tumoración puede ser atípica, es descrita como tumoral, angioide, quística, pseudoampollar y ulcerada; se proponen formas clínicas de la variedad solitaria: ulcerotumoral, angioide y pseudoampollosa.<sup>(20)</sup>

El pilomatricoma es la segunda neoformación cutánea más frecuente en la infancia y la juventud, con un amplio diagnóstico diferencial.<sup>(21)</sup>

Existe una variante poco frecuente, denominada pilomatrixoma anetodérmico, que se presenta como un nódulo solitario duro; se muestra como una lesión única, dérmica o subcutánea, con morfología de pápula o nódulo.<sup>(22)</sup>

A partir del año 2004 se crea en el Servicio de Dermatología, del municipio Cárdenas, el Comité de Tumores, y desde entonces se comienza el control de pacientes operados de cáncer de piel, tanto por parte de dermatólogos como de especialistas afines a esta especialidad, que intervenían quirúrgicamente a pacientes. Teniendo en cuenta lo anterior, y por constituir el cáncer un programa priorizado por el Ministerio de Salud Pública, las autoras del presente trabajo deciden su realización, con el objetivo de determinar la prevalencia de cáncer de piel en el área de salud del Policlínico Universitario Héroes del Moncada.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, del comportamiento de pacientes diagnosticados con cáncer de piel, en el período 2005 al 2014. Los datos fueron obtenidos del libro del registro de cáncer del Departamento de Estadísticas del Policlínico Universitario Héroes del Moncada, del municipio Cárdenas. Se revisó, además, el análisis de la situación de salud del policlínico. Los datos fueron procesados en el programa computarizado Excel y los resultados expresados en tablas, atendiendo a las variables sociodemográficas y epidemiológicas: edad, sexo, color de la piel y formas clínicas del cáncer.

## **RESULTADOS**

Los grupos de edades de 63-70, 71-77 y 56-62, fueron los de mayor incidencia de cáncer de piel. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Distribución de pacientes diagnosticados atendiendo a grupo de edades

Grupos de edades	No. pacientes	%
25-45	25	11,63
46-55	33	15,35
56-62	34	15,81
63-70	44	20,47
71-77	37	17,21
78-85	33	15,35
86-95	9	4,18
Total	215	100

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio Dermatología. Cárdenas.

En la tabla 2 se muestra que lo más significativo fue el sexo femenino, con 114 (53,1 %) de los pacientes. El color de la piel blanca predominó, con 199 (92 %).

**Tabla 2.** Clasificación de pacientes diagnosticados de cáncer atendiendo al sexo y color de la piel

Sexo	Color de la piel							
	Blanco		Negro		Mulato		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
F	108	50,2	2	0,9	4	36,6	114	53,1
M	91	42,3	3	1,39	7	63,4	101	46,9
Total	199	92	5	2	11	6	215	100

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio Dermatología. Cárdenas.

La forma clínica del carcinoma escamoso es la más frecuente, seguidas del carcinoma basocelular y el carcinoma tricoblástico. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Clasificación de cáncer de piel atendiendo a la forma clínica

Forma clínica	No.	%
Carcinoma escamoso	147	68,37
Carcinoma basocelular	38	17,67
Carcinoma tricoblástico	26	12,09
Melanoma maligno	2	0,93
Linfoma células B	1	0,46
Carcinoma calcificado de Malherbe (pilomatricoma)	1	0,46
Total	215	100

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio Dermatología. Cárdenas.

Referente a la correlación entre la forma clínica y sexo, correspondió al carcinoma escamoso con 84 féminas (74,34 %), el carcinoma basocelular, con 16 pacientes

masculinos (21,57 %) y el carcinoma tricoblástico, con 11 pacientes masculinos (14,71 %). Continúa en el sexo femenino la presencia y diagnóstico de carcinoma. (Tabla 4)

**Tabla 4.** Correlación entre la forma clínica de cáncer y sexo

Forma clínica	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%
Carcinoma escamoso	84	74,34	63	61,76
Carcinoma basocelular	16	14,16	22	21,57
Carcinoma tricoblástico	11	9,73	15	14,71
Melanoma	1	0,88	1	0,88
Linfoma de células B	1	0,88	-	-
Carcinoma calcificado de Malherbe (pilomatricoma)	-	-	1	0,88
Total	113	100	102	100

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio Dermatología. Cárdenas.

La tabla 5 constata que en el año 2014 aumentó el número de pacientes diagnosticados, con un total de 37 pacientes, para un 17,2 %. Le siguen el año 2007, con 33 pacientes (15,3 %) y el 2008, con 29 pacientes (13,4 %). Estos datos son un indicativo, que ya la población tiene percepción tanto de riesgo de cáncer, como de acudir al médico de familia en busca de solución a su enfermedad, y el médico de realizar la remisión adecuada al dermatólogo para la solución definitiva.

**Tabla 5.** Distribución de pacientes diagnosticados de cáncer atendiendo al año del diagnóstico

Año	No.	%
2005	5	2,32
2006	15	6,9
2007	33	15,3
2008	29	13,4
2009	16	7,44
2010	16	7,44
2011	25	11,62
2012	20	9,3
2013	19	8,83
2014	37	17,2
Total	215	100

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio Dermatología. Cárdenas.

## DISCUSIÓN

En cuanto a la edad, los resultados de este estudio difieren de la literatura revisada, donde se plantea que entre la 4ta y 6ta décadas se presentan los carcinomas con más frecuencia.<sup>(1)</sup>

Referente al sexo, existe concordancia con la realidad del área de salud del Policlínico Héroes del Moncada, donde las féminas son el mayor número poblacional.<sup>(20)</sup> En cuanto al color de la piel, coincide con la literatura estudiada, pues son los pacientes con fotodermatosis, los más propensos a padecer cáncer de piel.<sup>(2-6)</sup>

Atendiendo a la forma clínica del cáncer de piel diagnosticado, los que aparecen con más frecuencia según la literatura referenciada son:<sup>(1,7-11)</sup> carcinoma escamoso, carcinoma basocelular y, en tercer lugar, el melanoma. En la investigación actual se comportó de la siguiente forma: escamoso, basocelular y carcinoma tricoblástico, este último, aunque raro según la literatura,<sup>(13-15)</sup> fue el tercero.

Aunque un paciente fue diagnosticado con linfoma B, tenía como enfermedad de base lepra lepromatosa, de evolución tórpida, falleciendo dos años después de haber sido diagnosticado del linfoma.<sup>(18,19)</sup> Excepcional fue el diagnóstico del carcinoma calcificado de Malherbe en un paciente masculino,<sup>(20,21)</sup> el cual se reporta con mayor frecuencia en la infancia, según la literatura revisada.<sup>(22)</sup>

Referente a la distribución de año de diagnóstico, fueron los años 2007, 2008 y 2014, correspondiendo al último año, el de mayor notificación de pacientes. Los autores consideran que el incremento de pacientes en el año 2014 está dado por los cambios climáticos, las altas temperaturas y la falta de percepción de riesgo de la población al no protegerse.

Las féminas y el color de piel blanca fueron las más afectadas, y el carcinoma escamoso la forma clínica más frecuente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Hernández SI, Medina A, López Tello AL, et al. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatol Rev Mex* [Internet]. 2012 [citado 15 mar 2015];56(1):30-7. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=33349>
- 2- Gil MP, Bernard I, Lera JM. Protocolo diagnóstico de la fotosensibilidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2014 Feb [citado 15 mar 2015];11(48):2864-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214707085>
- 3- Sánchez G, Nova J, De la Hoz F. Factores de riesgo de carcinoma basocelular. Un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2012 may [citado 15 mar 2015];103(4):294-300. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731011004212>

- 4- Llamas Velasco M, García Díez A. Cambio climático y piel: retos diagnósticos y terapéuticos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2010 may [citado 15 mar 2015]; 101(5). Disponible en: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731010001845>
- 5- Bernat J, Morales MM, Vilata JJ, Marquina A. Detección del virus del papiloma humano en muestras de cáncer cutáneo no melanoma y piel sana perilesional en pacientes trasplantados renales y pacientes inmunocompetentes. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2014 [citado 15 mar 2015]; 105(3):286-94. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731013003803>
- 6- Alfaro A, Castrejón L, Ortiz MR. Cáncer de piel. Estudio epidemiológico a 10 años en derechohabientes del ISSSTE en Nuevo León. *Dermatología Rev Mex* [Internet]. 2010 [citado 15 mar 2015]; 54(6): 321-5. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=86&IDARTICULO=28038&IDPUBLICACION=3002>
- 7- Verdaguer P, Fideliz M, Álvarez JP, Barraquer RI. Interferón alfa 2- $\beta$ , queratectomía parcial y trasplante de membrana amniótica para el tratamiento de un carcinoma escamoso conjuntival recidivante. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología* [Internet]. 2011 may [citado 15 mar 2015]; 86(5): 154-7. Disponible en: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0365669111000694>
- 8- Beltrán I, Reyes MA, Navarro Y, Suárez JJ. Carcinoma epidermoide del margen anal contra calidad de vida. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2014 [citado 15 mar 2015]; 53(3). Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/144>
- 9- Molgó M, Harz I, Andrighetti C, Del Puerto C, et al. Carcinoma espinocelular de la vulva: caso clínico. *Rev Chilena Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 oct [citado 15 mar 2015]; 79(5). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000500012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500012)
- 10- Viñas M, Algozaín Y, Álvarez L, Quintana JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2011 abr.-jun. [citado 15 mar 2015]; 48(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000200004&script=sci_arttext)
- 11- Gutiérrez M, Vicente FJ, López JL. Liquen escleroso y carcinoma escamoso. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2012 Jan–Feb [citado 15 mar 2015]; 103(1): 21-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000173101100285>
- 12- Maestre O, Cabrera J, Mateo J, Monge F, González R. Actualización sobre el virus del papiloma humano como factor etiopatogénico y pronóstico en el carcinoma oral de células escamosas. *RCOE* [Internet]. 2012 [citado 15 mar 2015]; 17(2): 105-10. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Oscar\\_Rodriguez27/publication/263853608\\_Actualizacion\\_sobre\\_el\\_virus\\_del\\_papiloma\\_humano\\_como\\_factor\\_etiopatogenico\\_y\\_pronostico\\_en\\_el\\_carcinoma\\_oral\\_de\\_celulas\\_escamosas/links/0046353c2869f281590000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Oscar_Rodriguez27/publication/263853608_Actualizacion_sobre_el_virus_del_papiloma_humano_como_factor_etiopatogenico_y_pronostico_en_el_carcinoma_oral_de_celulas_escamosas/links/0046353c2869f281590000.pdf)

- 13- Pérez IJ, Mantilla A, Cruz I, Gallegos JF. Neoplasias de anexos en el contexto del cáncer de piel: el carcinoma triquilemal. A propósito de un caso. *Cir Cir* [Internet]. 2013 [citado 15 mar 2015];81:436-40. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc135k.pdf>
- 14-Fernández JR. Neoplasias malignas de anexos cutáneos. Experiencia con 247 casos. *Patología Rev Latinoam* [Internet]. 2011 [citado 15 mar 2015];49:11-24. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/-/rlp111b.pdf>
- 15-Kulahci Y, Oksuz S, Kucukodaci Z, Uygur F, Ulkur E. Multiple Recurrence of Trichilemmal Carcinoma of the Scalp in a Young Adult. *Dermatol Surg* [Internet]. 2010 [citado 15 mar 2015];36:551-4. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4725.2010.01498.x/abstract;jsessionid=5C4D0AF7071EDE1752CA4A4EA1B3299E.f02t03?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>
- 16- Bellolio E, San Martín A, Quiñiñir L, et al. Evaluación de factores histológicos pronósticos de sobrevida en melanoma maligno cutáneo, seguimiento de 13 años. *Rev Chilena Cir* [Internet]. 2010 ago [citado 15 mar 2015];62(4):331-8. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262010000400003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000400003)
- 17- Loria DI, González A, Latorre C. Epidemiología del melanoma cutáneo en Argentina: análisis del Registro Argentino de Melanoma Cutáneo. *Dermatología Argentina* [Internet]. 2010 [citado 15 mar 2015];16(1). Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewArticle/541>
- 18- Felipe Ferreira OI, Leonardo E, Hernández Vázquez J. Linfoma primario cutáneo difuso de células B, tipo pierna (LPCDBG-TP), localizado en cuero cabelludo. *Rev Med Electrón* [Internet]. 2010 may-jun. [citado 15 mar 2015];32(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/735/html>
- 19- Vences Carranza M, Navarrete Franco G, González González M, et al. Linfoma B cutáneo de células grandes de la pierna. *Dermatol Rev Mex* [Internet]. 2012 ene-feb [citado 15 mar 2015];56(1):66-70. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2012/rmd121j.pdf>
- 20-Vera FJ, Mirabal Y, Candelario A, et al. Pilomatrixoma de Malherbe epicraneal gigante. Presentación de caso. *Gaceta Méd Espirituana* [Internet]. 2012 [citado 15 mar 2015];14(1). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.14.%281%29\\_07/p7.h ml](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.14.%281%29_07/p7.h ml)
- 21-Hernández A, Nájera L, Romero A, et al. Estudio retrospectivo de pilomatrixomas: 261 tumores en 239 pacientes. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2014 Sep. [citado 15 mar 2015];105(7):699-705. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731014000337>
- 22- Concha M, Farías MM, Abarzúa A, et al. Pilomatrixoma: una presentación clínica inusual. *Arch argent pediatr* [Internet]. 2011 nov.-dic. [citado 15 mar 2015];109(6). Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752011000600013](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000600013)

Recibido: 3 de julio de 2015.  
Aceptado: 22 de septiembre de 2015.

*Regla María Fernández Martell.* Policlínico Universitario Héroes del Moncada.  
Fomento s/n entre Tenería y Fomento. Cárdenas. Matanzas. Cuba. Correo  
electrónico: [polcardenas.mtz@infomed.sld.cu](mailto:polcardenas.mtz@infomed.sld.cu)

#### **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Fernández Martell RM, Legrá Lezcano A, Sánchez Fernández CM, Dopico Toledo AP, González Carrillo L, González Romo R. Comportamiento del cáncer de piel en el Policlínico Universitario Héroes del Moncada, en Cárdenas. Estudio de 10 años. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 38(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1538/3018>