Revista Médica ELECTRÓNICA

Rev Méd Electrón | Vol. 48. 2026 | ISSN: 1684-1824

CÓMO CITAR

Román-Manrique Y, Otero-Ortega LF. Correlación clínica, dermatoscópica e histológica en pacientes con carcinoma epidermoide cutáneo. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e7020. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/7020/6618

***Autor para correspondencia:**

laurenflaviaoteroortega@gmail.com

Revisores:
Meilyn Fernández-Martori y Silvio Faustino Soler-Cárdenas.

Palabras clave:
carcinoma epidermoide cutáneo; dermatoscopía; histología

Key words:
cutaneous squamous cell carcinoma; dermatoscopy; histology

Recibido: 15/10/2025.
Aceptado: 24/05/2026.
Publicado: 16/09/2026.

Artículo de Investigación

Correlación clínica, dermatoscópica e histológica en pacientes con carcinoma epidermoide cutáneo

Clinical, Dermatoscopic and Histological Correlation in Patients with Cutaneous Squamous Cell Carcinoma

Yenisey Román-Manrique[(†)1] https://orcid.org/0000-0003-3071-9879

Lauren Flavia Otero-Ortega[1*] https://orcid.org/0000-0002-2052-7032

Afiliación:

[1] Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Faustino Pérez. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma epidermoide cutáneo es una neoplasia maligna. Su incidencia continúa en aumento, por lo que es necesario su detección precoz. La dermatoscopía es una herramienta que ofrece una sensibilidad y especificidad diagnóstica del 96 % para identificar estas lesiones.

Objetivo: Describir la asociación entre las formas clínicas, dermatoscópicas e histológicas del carcinoma epidermoide cutáneo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes que acudieron a la consulta de Dermatología, entre enero de 2024 y junio de 2025. El universo estuvo constituido por 80 casos.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Resultados: Prevalecieron pacientes mayores de 70 años, hombres, de fototipo cutáneo III. El 40 % de los casos se diagnosticaron antes de los seis meses; la localización más frecuente fue cabeza y cuello (62,5 %) y la forma clínica predominante fue el carcinoma epidermoide invasor (55 %). El eritema/pseudoretículo rojizo fue la estructura dermatoscópica más identificada. Los tumores bien diferenciados predominaron en las formas invasoras. Existió concordancia entre el diagnóstico clínico dermatoscópico y el histológico en el 100 % de las formas clínicas *in situ* y el queratoacantoma. Se presentó discordancia histológica en seis pacientes (13,6 %) con carcinoma epidermoide invasor.

Conclusiones: La dermatoscopia es una herramienta que acerca el diagnóstico clínico al histopatológico, con una correspondencia en la mayoría de los pacientes evaluados.

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous squamous cell carcinoma is a malignant neoplasm. Its incidence continues to rise; therefore, its early detection is essential. Dermatoscopy is a tool that offers a diagnostic sensitivity and specificity of 96 % for identifying these lesions.

Objective: To describe the association between the clinical, dermatoscopic, and histological forms of cutaneous squamous cell carcinoma.

Methods: An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted on patients who attended the Dermatology clinic between January 2024 and June 2025. The universe consisted of 80 cases.

Results: Male patients older than 70 years old, with cutaneous phototype III prevailed. Forty percent of the cases were diagnosed within six months. The most frequent location was head and neck (62.5%), and the predominant clinical form was invasive squamous cell carcinoma (55%). Reddish erythema/pseudoreticulum was the most frequently identified dermatoscopic structure. Well-differentiated tumors predominated in the invasive forms. There was concordance between the dermatoscopic and histological diagnoses in 100% of in situ clinical forms and keratoacanthoma. Histological discordance occurred in six patients (13.6%), with invasive squamous cell carcinoma.

Conclusions: Dermatoscopy is a tool that brings the clinical and histopathological diagnoses closer together, with a correlation in most of the patients evaluated.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es una neoplasia maligna, derivada de los queratinocitos.[1] También se denomina carcinoma de células escamosas o espinocelular.[2] Puede aparecer en piel o en mucosas, *in situ* o sobre lesiones preexistentes. Tiene la capacidad de ser invasor, destructor, infiltrante y con posibilidad de diseminación por contigüidad, vía linfática y hemática. Es el segundo en orden de frecuencia del cáncer de piel no melanoma.[3]

Su morfología es diversa y su pronóstico depende, entre otros factores, del grado de diferenciación. Varios autores coinciden en subdividirlo en CEC *in situ* y CEC invasor. Los primeros son limitados a la epidermis, y el momento de transformación en invasor ocurre cuando atraviesa la membrana basal y penetra a la dermis.[3]

Entre los factores responsables se citan: el fototipo de piel, la edad, la radiación solar, las alteraciones genéticas, la exposición a sustancias químicas, la presencia de procesos inflamatorios cutáneos y degenerativos crónicos, la inmunosupresión e infección viral (papiloma humano, Epstein-Barr).[4-6]

Respecto a la población mundial, la tasa de incidencia registrada es de 13,38 por 100 000 personas/año.[5] Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia del cáncer de piel no melanoma se ha triplicado en las últimas dos décadas.[7] En Cuba, según datos publicados en el *Anuario estadístico de salud 2023*, las tasas más elevadas corresponden al ubicado en la piel, con 70,6/100 000 habitantes en el sexo masculino, y 64,2/100 000 habitantes para femenino, con un total de 7549 casos diagnosticados entre ambos sexos.[8]

Las manifestaciones clínicas dependen de la forma de presentación. Se puede mostrar como lesiones ulceradas con bordes y paredes de consistencia dura, color amarillo-rosáceo o eritematoso, a veces bordes mamelonados o proyecciones verrugosas; como nódulos únicos o múltiples, aislados o confluentes y cubiertos en ocasiones por escamas y exudación fétida. Es necesario el reconocimiento precoz de la enfermedad, así como la identificación de lesiones de alto riesgo, lo cual es decisivo para mejorar el pronóstico de los pacientes con esta variante neoplásica. En los últimos años, con la incorporación de nuevos procederes diagnósticos como la dermatoscopía, se perfecciona la calidad en la atención a estos enfermos.

Se trata de un procedimiento *in vivo*, no invasivo, que se basa en la búsqueda de estructuras específicas de cada lesión, las cuales no son identificables con el ojo desnudo.[9] Es una herramienta empleada por dermatólogos experimentados que ofrece una sensibilidad y especificidad diagnóstica del 96 %.

A pesar de los avances en este proceder, hay pocos estudios sobre el carcinoma epidermoide en comparación con las investigaciones de lesiones melanocíticas y el carcinoma basocelular. Esto puede deberse a la diversidad de formas clínicas

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

de esta variante tumoral queratinocítica y a las estructuras dermatoscópicas distintivas poco definidas. Por lo anterior, se efectuó el presente estudio, con el objetivo de describir la asociación entre las formas clínicas, dermatoscópicas e histológicas del CEC.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo estuvo constituido por 80 pacientes con diagnóstico clínico y dermatoscópico de CEC, que acudieron a la consulta de dermatología, del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Faustino Pérez, de la provincia de Matanzas, en el período de enero de 2024 a junio de 2025.

Fueron incluidos sujetos mayores de 18 años que aceptaron participar en la investigación, dieron su consentimiento informado por escrito y permitieron que se les realizara biopsia para estudio histopatológico. Se excluyeron los tumores localizados en mucosas y semimucosas, las lesiones recidivantes y las pacientes gestantes. La muestra coincidió con la población.

Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, fototipo cutáneo según la clasificación del Fitzpatrick, tiempo de evolución, localización, formas clínicas, estructuras dermatoscópicas, el grado de diferenciación y el diagnóstico histológico. Las formas clínicas se subdividieron en CEC *in situ* (queratosis actínica y enfermedad de Bowen) y CEC (queratoacantoma e invasor).

Se categorizaron las estructuras dermatoscópicas en vasculares (eritema/pseudoretículo rojizo, vasos glomerulares, puntiformes y globulares, irregulares y en hebilla gruesos); relacionadas con la queratina (escamas blanco amarillentas, áreas blancas desestructuradas, tapones de queratina, círculos blancos, rosetas y aperturas foliculares prominentes); relacionadas con el pigmento (puntos y glóbulos marrones/azules) y otras (ulceración).

Se incluyó en la operacionalización la diferenciación histológica del tumor: bien, moderado y mal diferenciado. La histopatología agrupó el CEC *in situ*, queratoacantoma, CEC invasor y otros diagnósticos. Se documentaron las características clínicas mediante una planilla de recolección de datos confeccionada al efecto. Para la dermatoscopía, se empleó un dispositivo de luz polarizada DermLite DL5. Fueron tomadas fotos clínicas y dermatoscópicas, las cuales se guardaron en una carpeta señalizada con el nombre del paciente. Las estructuras se visualizaron en cada toma fotográfica, lo que permitió identificarlas y registrarlas en las planillas individuales.

Fue indicada la biopsia para el estudio histológico y confirmación de la enfermedad. La información obtenida se procesó mediante los valores de frecuencia absoluta y relativa, el cálculo porcentual y otras medidas estadísticas para analizar tendencias y realizar valoraciones cualitativas. Los resultados se

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

expusieron en tablas y gráficos. Los datos se procesaron con el paquete SPSS versión 20.0. Se cumplieron los principios éticos, mediante la aprobación de los pacientes para la participación en la investigación. Los resultados obtenidos se utilizaron con fines científicos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra las características sociodemográficas de los pacientes. La mediana para la edad fue 72 años. Prevaleció el sexo masculino (55 %) y el fototipo cutáneo III (65 %).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Variables sociodemográficas		
Edad (años)	Media	70,4
	Mediana	72
	Rango	50-92
Sexo n (%)	Masculino	44 (55)
	Femenino	36 (45)
Fototipo cutáneo n (%)	Tipo I	8 (10)
	Tipo II	16 (20)
	Tipo III	52 (65)
	Tipo IV	4 (5)

La tabla 2 expone la distribución de las variables clínicas de los pacientes. En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad, se observa un predominio del diagnóstico en el 40 % de los casos antes de los seis meses; la localización más frecuente fue cabeza y cuello (62,5 %) y la forma clínica que prevaleció fue el carcinoma epidermoide invasor (55 %).

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 2. Distribución de las variables clínicas de los pacientes

Variables clínicas			
Tiempo de evolución n (%)		No se precisa	16 (20)
		<6 meses	32 (40)
		6-12 meses	8 (10)
		>12 meses	24 (30)
Localización n (%)		Cabeza y cuello	50 (62,5)
		Tronco	6 (7,5)
		Extremidades	24 (30)
Formas clínicas	*In situ*	Queratosis actínica	4 (5)
		Enfermedad de Bowen	8 (10)
	CEC	Queratoacantoma	24 (30)
		Invasor	44 (55)

La distribución de las estructuras dermatoscópicas y las formas clínicas se exponen en la tabla 3. Las estructuras se agrupan en vasculares, relacionadas con la queratina, con el pigmento y otros. Fueron los dos primeros los de mayor predominio. El eritema/pseudoretículo rojizo correspondió con la estructura más prevalente en ambas formas clínicas, presente en el 100 % de los queratoacantomas y en el 90,9 % de los CEC invasores, seguido por los tapones de queratina, que se hallaron en el 83,3 % del primer grupo y mantuvieron igual porcentaje en el segundo. Estructuras como rosetas, aperturas foliculares prominentes, puntos y glóbulos marrones/azules y la ulceración solo se diagnosticaron en la forma invasora.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 3. Distribución de estructuras dermatoscópicas según las formas clínicas

Estructuras dermatoscópicas	CEC			
	Queratoacantoma n = 24		CEC invasor n = 44	
	No.	%	No.	%
Vasculares				
Eritema/pseudoretículo rojizo	24	100	40	90,9
Vasos glomerulares	4	16,7	12	27,3
Vasos puntiformes y globulares	12	50,0	24	54,5
Vasos irregulares	12	50,0	28	63,6
Vasos hebilla gruesos	12	50,0	28	63,6
Relacionadas con la queratina				
Escamas blanco amarillentas	12	50,0	20	45,5
Áreas blancas desestructuradas	4	16,7	20	45,5
Tapones de queratina	20	83,3	40	90,9
Círculos blancos	10	41,7	12	27,3
Rosetas	-	-	16	36,4
Aperturas foliculares prominentes	-	-	8	18,2
Relacionadas con la presencia de pigmento				
Puntos y glóbulos marrones / azules	-	-	12	27,3
Otros criterios				
Ulceración	-	-	24	54,5

En la tabla 4 se identifican las estructuras dermatoscópicos del CEC invasor según el grado de diferenciación. La forma bien diferenciada predominó en 32 casos. En los CEC invasor bien y mal diferenciados predominan los criterios vasculares. En aquellos bien y moderadamente diferenciados, presentan mayor frecuencia el eritema/pseudoretículo rojizo (93,8 % y 87,5 % respectivamente), los vasos en hebilla gruesos (68,6 % y 50 %) y los tapones de queratina (100 % en ambos). En los tumores mal diferenciados estuvieron presentes en el 100 % los vasos puntiformes, globulares e irregulares y la ulceración.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 4. Distribución de estructuras dermatoscópicas del CEC invasor según el grado de diferenciación

Estructuras dermatoscópicas del CEC invasor	Grado de diferenciación					
	Bien (n = 32)		Moderado (n = 8)		Mal (n = 4)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vasculares						
Eritema/pseudoretículo rojizo	30	93,8	7	87,5	3	75,0
Vasos glomerulares	7	21,9	2	25,0	3	75,0
Vasos puntiformes y globulares	18	56,3	2	25,0	4	100
Vasos irregulares	20	62,5	4	50,0	4	100
Vasos hebilla gruesos	22	68,6	4	50,0	2	50,0
Relacionadas con la queratina						
Escamas blanco amarillentas	18	56,3	2	25,0	-	-
Áreas blancas desestructuradas	16	50,0	2	25,0	2	50,0
Tapones de queratina	32	100	8	100	-	-
Círculos blancos	8	25,0	2	25,0	2	50,0
Rosetas	15	46,9	1	12,5	-	-
Aperturas foliculares prominentes	8	25,0	-	-	-	-
Relacionadas con la presencia de pigmento						
Puntos y glóbulos marrones/azules	10	31,3	2	25,0	-	-
Otros criterios						
Ulceración	14	43,8	6	75,0	4	100

En la tabla 5 se muestra la correlación entre el diagnóstico clínico, el dermatoscópico y el histológico. Se observa que las formas clínicas *in situ* y queratoacantoma presentan una concordancia total en cuanto a los criterios diagnósticos, y coinciden en el 100 % de los casos.

Se presentó discordancia histológica en seis pacientes (13,6 %), diagnosticados por clínica y dermatoscopía como CEC invasor. Los resultados de la histología correspondieron con carcinoma basocelular en cinco casos y un paciente con liquen escleroso y atrófico extragenital.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 5. Correlación clínica, dermatoscópica e histológica del carcinoma epidermoide cutáneo

Diagnóstico clínico y dermatoscópico n = 80	Histología							
	In situ		Queratoacantoma		CEC invasor		Otros	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
In situ n = 12	12	100	-	-	-	-	-	-
Queratoacantoma n = 24	-	-	24	100	-	-	-	-
CEC invasor n = 44	-	-	-	-	38	86,4	6	13,6

DISCUSIÓN

El diagnóstico oportuno del CEC es necesario para evitar sus complicaciones. En la tabla 1 se muestra las características sociodemográficas de los pacientes, con predominio de la enfermedad en hombres, con edad promedio de 70 años y fototipo cutáneo III. Estos resultados concordaron con los expuestos en la provincia de Matanzas, por Fernández-Martori et al.[3] sobre el carcinoma ppidermoide de piel tratado con HeberFERON®, en el que los grupos etarios entre 61-70 y 71-80 agruparon el 55,2 %.

De igual modo, una investigación realizada por Quiñones-Venegas et al.[10] reporta que en un grupo con carcinoma de células escamosas, el 75 % de los casos son hombres con edad promedio de 75 años. Rivera-Chavarría et al.[11] analizan la mortalidad e incidencia del cáncer de piel en Costa Rica y encontraron que los hombres tenían mayor incidencia de la enfermedad. En contraste, Pérez-Pérez[12] reporta un predominio del sexo femenino en el 59,4 %.

Resultados análogos en cuanto al fototipo cutáneo son los hallados por Peña-Trujillo et al.,[13] donde el 70 % de la población estudiada presenta el tipo III. En cambio, Fernández-Martori et al.[3] identifican el fototipo II en un 58,6 %. En la investigación de Tamayo-Mariño et al.[14] prevalece el grupo de edad de 25-59 años, el sexo femenino y el fototipo cutáneo IV.

Las variables clínicas evaluadas en los pacientes se comportaron de manera similar a estudios previos, e igual ocurrió con el tiempo al diagnóstico, que prevaleció antes de los seis meses.[15,16] La localización en cabeza y cuello y la forma clínica de CEC invasor fueron preponderantes, lo que coincide con lo descrito por otros expertos.[3,17-19] Estos resultados sugieren la accesibilidad de la población a los servicios de salud y las características propias del tumor como su crecimiento acelerado y su localización visible.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

El comportamiento de las estructuras dermatoscópicas en correspondencia con la forma clínica se muestra en la tabla 3, donde el eritema/pseudoretículo rojizo fue la estructura más prevalente, presente en el 100 % de los queratoacantomas y en el 90,9 % de los CEC invasores, seguido por los tapones de queratina que se hallaron en el 83,3 % del primer grupo y mantuvieron igual porcentaje en el segundo. Los resultados de investigaciones recientes identifican estructuras dermatoscópicas con predominio del tipo vascular y las relacionadas con la queratina similar al presente estudio; tal es el caso de Seara Govea,[20] que encuentra que el eritema ocupa el 81,3 %, seguido de las áreas blancas desestructuradas (55,8 %), los tapones de queratina (48,8 %) y las escamas (46,5 %) como los elementos de mayor incidencia.

Ürün et al.[21] observan en los queratoacantomas, tapones centrales de queratina (87,5 %) y una disposición vascular ramificada (75 %); y en los CEC invasores se destacan los tapones centrales de queratina, los círculos blancos alrededor de los folículos, la ulceración/hemorragia, el fondo rojo, los halos blancos alrededor de los vasos y una disposición vascular agrupada. Quiñones-Venegas et al.[10] encuentran en el CEC estructuras como fondo rojo (90 %), ulceración (75 %), telangiectasias superficiales —finas y cortas— (72,5 %) y queratina.

Por su parte, Sgouros et al.[19] utilizan la dermatoscopía para diferenciar el CEC de sus variantes, en 56 lesiones con previo diagnóstico histológico. Las características dermatoscópicas con significación estadística y capacidad discriminativa son: para el queratoacantoma, un tapón central de queratina; y para el CEC invasor, un color mixto del fondo.

Las estructuras dermatoscópicas del CEC invasor según el grado de diferenciación se incluyó en la tabla 4. La mayoría fueron bien diferenciados, con predominio de los criterios vasculares. Similares resultados son los de Sara El-Ammari et al.,[22] quienes describen que los tumores bien diferenciados muestran vasos puntiformes, glomerulares y en horquilla, junto con un patrón blanco predominante caracterizado por queratina distribuida hacia el centro, así como círculos blancos y un halo perivascular blanquecino ($p < 0,05$). No concuerda el estudio de Lallas et al.,[23] donde prevalece el grupo de poco diferenciados con 35 %. Estos expertos demuestran que la presencia del color rojo, los vasos en más del 50 % de la superficie tumoral y su distribución difusa, así como el sangrado, constituyen elementos que se asocian con una mayor probabilidad hacia la diferenciación deficiente, mientras que la descamación/queratina corresponden con ser un potente predictor de tumores moderadamente o bien diferenciados.[23]

Se resume en la tabla 5 la correlación clínica, dermatoscópica e histológica del CEC. Las formas clínicas *in situ* y el queratoacantoma presentaron una concordancia total, mientras que en la forma invasiva 13,6 % no coincidió. Hallazgos afines son los de Seara Govea;[20] la autora encuentra una asociación entre los tres pilares diagnósticos en los pacientes con queratosis actínica, donde de un total de siete lesiones, seis resultaron positivos, para una sensibilidad de

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

100 % y una especificidad de 100 %, con un valor predictivo positivo de 85,7 %.

Al analizar el comportamiento del queratoacantoma, de un total de 12 pacientes con dermatoscopía positiva, solo en uno resultó la histopatología negativa, para una sensibilidad de 100 %, igual valor para la especificidad y un valor predictivo positivo de 91,6 %. La enfermedad de Bowen presentó una sensibilidad, especificidad y valor predictivo de 100 %. En relación al CEC invasor, los resultados mostraron una sensibilidad de 86,9 %, una especificidad de un 100 % —para un valor predictivo positivo de 90,0 %— y valor predictivo negativo de 100 %.

Una fuerte asociación entre estas variables fue bien estudiada por Álvarez Salafranca,[24] quien encontró una sensibilidad y especificidad del 98,7 % y 95 %, respectivamente, con una concordancia de 0,917 entre la dermatoscopía y la histopatología. En el caso de Figueroa-García et al.[16] obtienen una sensibilidad del diagnóstico clínico de 0,76 y una especificidad de 0,92, y dermatoscópica, una sensibilidad perfecta de 1,00 para la enfermedad de Bowen, mientras que para el CEC invasor encuentran una excelente especificidad de 0,97.

En el artículo antes mencionado de Sara El-Ammari et al.,[22] al medir el grado de relación entre los parámetros dermatoscópicos con las formas clínicas del carcinoma epidermoide invasor y la histología, obtienen una correlación significativa ($p < 0,05$). Otro estudio que demuestra la relación existente entre estas variables es el de Ortiz-Kuñasich,[25] donde determina una concordancia de 70,0 % entre el diagnóstico clínico y el histológico.

Quiñones-Venegas et al.,[10] en su investigación, obtienen que las estructuras dermatoscópicas predominantes no tienen diferencias significativas tanto para carcinomas basocelulares como para epidermoides. Mientras que Sgouros et al.[19] relacionan las formas clínicas con las estructuras identificadas y exponen que los hallazgos del queratoacantoma y el CEC invasor se superponen; concluyen que solo el análisis histopatológico los diferencia con precisión.

Las autoras de la investigación consideran que la elevada concordancia entre las herramientas diagnósticas (clínica, dermatoscópica e histológica) es un indicador de validez y fiabilidad de precisión. Se evidenció que la identificación correcta de las estructuras dermatoscópicas es indispensable para un adecuado diagnóstico.

Se concluye que la dermatoscopía es una herramienta que acerca el diagnóstico clínico al histopatológico, con una correspondencia en la mayoría de los pacientes evaluados y que permite identificar estructuras que predicen el grado de diferenciación histológica.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marco Ibáñez A, Marco Ibáñez M. Carcinoma Espinocelular o Queratoacantoma. Atalaya Méd Turolense [Internet]. 2023 [citado 04/04/2025];(26):78-80. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8991411

2. Nieto-Jiménez AI. Carcinoma Epidermoide Gigante. Folia Dermatol Cuban [Internet]. 2024 [citado 12/05/2025];18(3):e407. Disponible en: https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/407/410

3. Fernández-Martori M, Soler-Cárdenas SF, Amador-García Y, et al. Carcinoma epidermoide de piel tratado con HeberFERON®. Rev Méd Electrón [Internet]. 2022 [citado 22/06/2025];44(2):357-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000200357

4. Martínez-Cervantes M, Mendoza-Rojas W, Pérez-Peña AC. Carcinoma epidermoide in situ interdigital tratado con 5-fluorouracilo crema al 5%. Dermatol Rev Mex. 2021;65(Supl 1):S14-8. DOI: 10.24245/dermatolrevmex.v65id.5413.

5. Pérez-Anker J. Epidemiología y clínica del carcinoma de células escamosas cutáneo. Rev Cáncer Piel [Internet]. 2021 [citado 22/07/2025];4(Extra 1). Disponible en: https://www.groupgem.es/wp-content/uploads/2021/06/revista-cancer-piel-n4-nExtra.pdf

6. Hernández-Acosta K, Valdés-Fernández JM, Acosta-Medina DAM, et al. Empleo del interferón contra el cáncer de piel. Columna Méd [Internet]. 2024 [citado 20/06/2025];3(1):e180. Disponible en: http://www.revcolumnamedica.sld.cu/index.php/columnamedica/article/view/180

7. Roque-Pérez L, Marrero-Ríos BR. A propósito del artículo "Utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico del cáncer de piel no melanoma". Rev electron Zoilo [Internet]. 2020 [citado 11/06/2025];45(2). Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2130

8. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2023 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2024 [citado 10/05/2025]. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estadístico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

9. Olvera-Martínez M, Campos-Moyano M, Herrera-Carrasco AM, et al. Estudio descriptivo del uso del dermatoscopio por enfermería en el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas. Hygia Enferm [Internet]. 2023 [citado 22/06/2025];40(1):5-11. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8974221.pdf

10. Quiñones-Venegas R, Martínez-Murillo AC, González-Ramírez RA, et al. Diferencias y similitudes dermatoscópicas del carcinoma basocelular agresivo y del carcinoma de células escamosas. Dermatol Rev Mex. 2024;68(1):S45-53. DOI: 10.24245/drm/bmu.v68iS1.10132.

11. Rivera-Chavarría A, Calderón-Céspedes A, Aguilar-Aguilar N, et al. Comportamiento epidemiológico del cáncer de piel en Costa Rica periodo 2015-2022. Acta Méd Costarric [Internet]. 2024 [citado 30/06/2025];66(3):1-8. Disponible en: https://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/1423

12. Pérez-Pérez JI. Características clínicas y patológicas en pacientes diagnosticados con cáncer de piel [tesis en Internet]. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2025 [citado 23/05/2025]. Disponible en: http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/10232

13. Peña-Trujillo V, Alvis-Zakzuk NJ, Velásquez-Vargas MC, et al. Cáncer de piel: características clínicas, diagnóstico histopatológico y tratamiento en un centro dermatológico colombiano. Dermatol Rev Mex. 2022;66(1):38-47. DOI: 10.24245/dermatolrevmex.v66i1.7432.

14. Tamayo-Marino K, Velásquez-Ávila Y, Salazar-Ramírez JC. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con daño actínico crónico. Cochabamba, Bolivia. Rev Méd Electrón [Internet]. 2021 [citado 23/07/2025];43(5):1285-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000501285

15. Vila-Payeras A, Domínguez C, Solà A, et al. Incidental Skin Cancer Detection in a Hospital Department: A Prospective Study. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(6):496-502. DOI: 10.1016/j.ad.2020.04.006.

16. Figueroa-García L, Figueroa-García M, Sotolongo-Díaz D, et al. Diagnóstico dermatoscópico y correlación clínica e histopatológica del carcinoma espinocelular. Folia Dermatol Cuban [Internet]. 2018 [citado 14/06/2025];12(3). Disponible en: https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/140

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

17. Giniebra-Marín GM, Rivera-Rivadulla R, Gorrín-Díaz Y. Comportamiento del carcinoma espinocelular en Pinar del Río. Folia Dermatol Cuban [Internet]. 2022 [citado 17/06/2025];16(2):e248. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/folia/fd-2022/fd222a.pdf

18. Fernández-Martori M, Soler-Cárdenas SF, Durán-Marrero K, et al. HeberFERON®, alternativa terapéutica para el cáncer de piel no melanoma en la atención primaria. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado 30/06/2025];47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242025000100009

19. Sgouros D, Theofili M, Damaskou V, et al. Dermoscopy as a Tool in Differentiating Cutaneous Squamous Cell Carcinoma from Its Variants. Dermatol Pract Concept. 2021;11(2):e2021050. DOI: 10.5826/dpc.1102a50.

20. Seara-Govea Y. Evaluación de la utilidad de la dermatoscopía en el diagnóstico del carcinoma epidermoide [tesis]. Matanzas: Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas; 2022.

21. Ürün M, Gürsel-Ürün Y, Elmas ÖF, et al. Evaluation of dermoscopic findings in patients with cutaneous squamous cell carcinoma according to histopathological subtype and lesion morphology. An Bras Dermatol. 2025;100(4):101091. DOI: 10.1016/j.abd.2024.09.005.

22. El-Ammari S, Elloudi S, Baybay H, et al. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: Clinico-Dermoscopic and Histological Correlation: About 72 Cases. Dermatol Pract Concept. 2024;14(1):e2024042. DOI: 10.5826/dpc.1401a42.

23. Lallas A, Pyne J, Kyrgidis A, et al. The clinical and dermoscopic features of invasive cutaneous squamous cell carcinoma depend on the histopathological grade of differentiation. Br J Dermatol. 2015;172(5):1308-15. DOI: 10.1111/bjd.13510.

24. Álvarez-Salafranca M, Zaballos P. Dermatoscopia del carcinoma epidermoide: de la queratosis actínica a las formas invasivas. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2024 [citado 30/06/2025];115:883-95. Disponible en: https://www.actasdermo.org/es-dermatoscopia-del-carcinoma-epidermoide-queratosis-articulo-S0001731024002709

25. Ortiz-Kuñasich Y. Frecuencia de los tumores de piel cabelluda en el servicio de Dermatología del Centro Médico Nacional La Raza durante los últimos 5 años [tesis en Internet]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2025 [citado 14/08/2025]. Disponible en: https://bibmacro-descubridor.dgb.unam.mx/Record/20.500.14330-TES01000869522

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Yenisey Román-Manrique: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización, revisión y edición.

Lauren Flavia Otero-Ortega: análisis formal, investigación, metodología, redacción y edición.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu