



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

***Lineamiento
Criterios de valoración y referencia para la detección de lesiones
sospechosas por cáncer de pie***

Fecha: 28 abril 2015.

Código: L-GM-CTC-78-2015

De: Gerencia Médica

Elaborado por: Coordinación Técnica del Cáncer / Grupo Asesor Cáncer de Piel

Para: Direcciones Regionales, Directores de Hospitales y Áreas de Salud, Todos los médicos del I, II y III Nivel.

Justificación

El cáncer es una de las causas de enfermedad y muerte más frecuentes en nuestro país, lo que lo ubica como uno de los principales problemas de salud. Por ésta razón, la Junta Directiva de la Institución acordó en la sesión N° 8317 del 22 de enero del 2009, declarar el cáncer como de interés y prioridad institucional. En este contexto, en la sesión 8610 del 15 de noviembre del 2012 se aprueba el Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC) 2012-2016¹, el cual instrumenta una serie de acciones para fortalecer la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer en todos los centros de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

A nivel institucional se han priorizado siete cánceres con base a su incidencia y mortalidad. El cáncer de piel se encuentra en primer lugar en cuanto a incidencia para ambos sexos², y aunque su mortalidad no es significativa si consume gran cantidad de recursos institucionales de consulta externa, tales como consultas médicas tanto de medicina general como de especialista, procedimientos quirúrgicos, procesamiento de biopsias y tratamiento, entre otros.

¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2.012). *Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016*. San José, Costa Rica: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del cáncer en la Red de la Caja.

² Ministerio de Salud (2014). *Registro Nacional de Tumores, Incidencia 2011*. San José, Costa Rica.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

Actualmente no existe un mecanismo adecuado de referencia que oriente y priorice las lesiones sospechosas por cáncer de piel, como consecuencia se presenta variabilidad en el proceso de atención entre los diferentes establecimientos de salud. A continuación se mencionan algunas de las causas ³:

- Ausencia de documentos normativos que orienten con respecto al manejo de la atención de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, así como de la organización de la red de servicios y los procedimientos a seguir.
- Existen problemas relacionados con la comunicación entre los diferentes actores de la red, así como problemas de relación entre estos.
- No existen mecanismos estandarizados de priorización que permitan identificar y gestionar de forma oportuna a la población de riesgo lo cual tiene como consecuencia que una persona espere por tiempo prolongado para la valoración por parte del especialista en dermatología.

El propósito del reordenamiento de la atención de las personas con sospecha en los servicios de salud, es optimizar la utilización de los recursos institucionales, reducir el tiempo de espera y disminuir la morbi-mortalidad por cáncer de piel, mediante un mecanismo de referencia que oriente a los médicos del primer nivel de atención.

Objetivo

Mejorar la atención oportuna de las personas con lesiones sospechosas de cáncer de piel, mediante una valoración adecuada desde el primer nivel de atención, basada en criterios clínicos que faciliten la detección y referencia expedita de las personas.

Fundamentación

El cáncer de piel se define como un crecimiento anormal de células de la piel causado principalmente por la exposición a los rayos ultravioletas procedentes de la luz solar,

³ Basado en el consenso con personal de salud de diferentes niveles de atención en los talleres realizados en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica 10 y 26 de octubre 2.012



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

que producen mutaciones en el ADN de dichas células⁴. Se subdivide en tres grandes grupos: el melanocítico (Melanoma), el no melanocítico (Carcinoma Basocelular y Epidermoide) y otros. De estos tres grupos el Carcinoma Basocelular ocupa el primer lugar en frecuencia, el Carcinoma Epidermoide representa el segundo lugar y el Melanoma ocupa el tercer lugar, este último es el más peligroso por su alta capacidad de producir metástasis y muertes.

En Costa Rica para el año 2011 se registraron un total de 2321 casos nuevos de cáncer de piel, en las mujeres se registra una tasa de 44,64 de estos casos nuevos y en los hombres una tasa de 56,14 por cada 100 000 habitantes. Del total de casos nuevos de cáncer de piel en ambos sexos, el 94.96% corresponden a no melanoma y el 5,04% corresponde a melanoma⁵.

El cáncer de piel tipo no melanoma raramente experimenta metástasis y, es generalmente de fácil tratamiento; sin embargo, lesiones extensas pueden causar destrucción tisular importante, desfiguración, así como incapacidad funcional y muerte si el tumor no es detectado tempranamente⁶.

El cáncer de piel tipo melanoma es el menos frecuente, pero es el que contribuye con casi el 50% de la mortalidad debida a Cáncer de Piel.

Factores de riesgo

Los estudios han demostrado que los siguientes son factores de riesgo para los tres tipos más comunes de cáncer de piel⁷:

- La luz ultravioleta: La luz solar es una fuente de radiación UV que representa 10%, dos terceras partes se reciben de manera indirecta. Es el factor de riesgo más importante para cualquiera de los tipos descritos.

⁴ National Institute for Health and Clinical Excellence (2014 may 13). *Healthcare services for skin tumours including melanoma*. Revisado en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10901/28909/28909.pdf>

⁵ Ministerio de Salud (2014). *Registro Nacional de Tumores, Incidencia 2011*. San José, Costa Rica.

⁶ Canadian Task Force on Preventive Health Care (2014 may 2). *Prevention of skin cancer*. Revisado en: http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2013/03/Chapter70_skinca94.pdf?414ed1

⁷ National Cancer Institute (2011). *Lo que usted necesita saber sobre Melanoma y otros cáncer de piel*. Revisado en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/skin/page5>



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

- Quemaduras solares: Las personas que han tenido por lo menos una severa quemadura de sol con ampollas están en mayor riesgo. Aunque todas las quemaduras solares aumentan su riesgo.
- La exposición solar acumulativa: La cantidad de radiación UV recibida durante toda la vida es un factor de riesgo, así como la exposición solar de forma intermitente está asociada a mayor riesgo de esta patología.
- Las lámparas solares y cabinas de bronceado: fuentes artificiales de radiación UV, como lámparas solares y cabinas de bronceado, pueden causar daños en la piel y cáncer, lo cual aumenta en gran medida con su uso antes de los 30 años.
- Antecedentes personales: De cáncer de piel aumenta el riesgo de un segundo tumor.
- Antecedentes familiares: Tener uno o más familiares de primer grado de consanguinidad con el antecedente de melanoma aumenta el riesgo de desarrollar esta enfermedad.
- Fototipo I y II: Tener piel blanca (claro) que se quema en el sol con facilidad, ojos azules o verdes, cabello rojo o rubio, o muchas pecas aumenta el riesgo del cáncer de piel.
- Estados de inmunosupresión de cualquier origen.

Cuadro clínico

El carcinoma Basocelular

Es un tumor que progresa lentamente, duplicando su tamaño cada año. Da muy poca sintomatología, la cual está en relación con la ulceración temprana, las manifestaciones usualmente son la no cicatrización y el sangrado leve.

El carcinoma Epidermoide

Usualmente es precedido de una queratosis actínica, estas inician como una placa descamativa con base eritematosa. La lesión elemental es usualmente una neoformación papular o nodular, ulcerada o no, con descamación y /o costra y, persistente en el tiempo.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

El Melanoma

La historia clínica, el examen físico y la regla del ABCDE pueden ayudar a sospechar un melanoma. El “Signo del Patito Feo”, corresponde a un nevus que es diferente del resto de los nevus del paciente y que debe llamar la atención pues podría tratarse de un melanoma.

Regla del “**ABCD**” *

- **Asimetría:** una mitad del área anormal es diferente de la otra mitad.
- **Bordes:** Bordes irregulares.
- **Color:** dos o más tonos de marrón y/o la presencia de otros colores en una misma lesión.
- **Diámetro:** lesión de 6 mm o más.
- **Evolución:** cambios rápidos: con respecto al diámetro, aparición de sangrado y/o elevación.

Fuente: Odom, Richard et al (2004). *Andrews' Dermatología Clínica*. Editorial Marbán. Madrid, España. Pág 882

*** Recuerde que esta regla no se aplica al melanoma nodular.**

Pronóstico

El Carcinoma Basocelular tiene un pronóstico muy bueno con una sobrevida que alcanza casi el 100% en caso de no haber metástasis. Sin embargo, tiene una morbilidad significativa con destrucción local, compromiso funcional y estético importante. El CBC es una neoplasia maligna que rara vez metastatiza (menos al 0.1% de los casos). Los sitios más comunes de metástasis son ganglios linfáticos, pulmones y hueso. De los pacientes diagnosticados con CBC, en los 3 años posteriores a su diagnóstico un 35% desarrollaran un nuevo carcinoma, y a los 5 años la probabilidad aumenta al 50% (no recurrencia)⁸.

⁸ Mc Loone NM, Tolland J, Walsh M, et al. Follow-up of basal cell carcinoma: an audit of recurren practice. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. Jul 2006; 20(6): 698-701.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

El pronóstico del Carcinoma Epidermoide depende de la profundidad y tamaño de las lesiones⁹, según se describe en la literatura:

- Menores a 2mm de profundidad la sobrevida es de un 95%.
- De 2 a 9mm la sobrevida es de un 80%.
- Mayores a 9mm la sobrevida es del 65%.

Las lesiones mayores a 2 cm de diámetro tienen mayor riesgo de recurrencia. La invasión perineural ocurre aproximadamente en el 7% de los CEC, el riesgo de metástasis en estos casos es del 47%, bajando a 8% si se les realiza la resección con cirugía de Mohs.

En el caso del Melanoma su pronóstico está determinado por el estadio de la enfermedad¹⁰, el cual se define por las características a nivel histológico de la lesión: profundidad en mm (Breslow), ulceración y mitosis, así como por la presencia o no de metástasis.

Criterios de valoración y referencia

1. Toda persona con lesión cutánea dudosa o sospechosa de cáncer de piel debe ser referida al servicio de dermatología del nivel de atención que corresponda, de la siguiente manera:

- Llenar el formulario de referencia al especialista código 4-70-04-0140**, marque Urgente en el recuadro de Criterio de priorización, en la sección de Consulta Externa.

En caso de que el establecimiento continúe utilizando formularios de referencia anteriores, debe señalar en la hoja referencia los aspectos mencionados

⁹ Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. *J Am Acad Dermatol.* Jun 1992; 26(6): 976-990

¹⁰ Jonathan B Heistein, MD; *Private Practice, Plastic and Reconstructive Surgery. Melanoma, Medscape, Jan 14, 2014* recopilado el 08 de abril del 2014. Revisado en <http://emedicine.medscape.com/article/1295718-overview#a30>



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

- b. Para las referencias de personas con sospecha de cáncer de piel, se debe tener en cuenta los niveles de prioridad, de acuerdo al tipo de cáncer que se sospecha clínicamente:
- **Prioridad 1¹¹**: Toda persona con sospecha de **cáncer de piel tipo melanoma**.
 - **Prioridad 2¹²**: Toda persona con sospecha de **cáncer de piel tipo no melanoma**.
2. El formulario de referencia debe estar completo, además debe incluir en forma detallada todos aquellos aspectos relevantes tales como:
- a. Antecedentes personales patológicos, incluir tratamiento diario.
 - b. Antecedentes personales no patológicos, incluir alergias a medicamentos.
 - c. Antecedentes heredo-familiares de patología de piel y cáncer en general.
 - d. Padecimiento actual
 - i. Tiempo de evolución
 - ii. Topografía (localización de la lesión)
 - iii. Morfología (descripción: Tamaño y lesiones elementales primarias y secundarias)
 - iv. Síntomas y signos asociados.
 - e. Reporte de biopsia, cuando corresponda.
3. En caso de sospecha clínica de cáncer de piel no melanoma, se puede tomar una biopsia diagnóstica, previo a la referencia a dermatología, siempre que se cuente con el recurso y la competencia técnica para realizarla.
4. En caso de sospecha clínica de cáncer de piel tipo melanoma, **no tomar biopsia**, referir directamente a dermatología.
5. Todas las muestras de piel extirpadas deben ser enviadas a patología para su respectivo reporte.

¹¹⁻¹² ***La designación de prioridad 1 o 2, debe utilizarse de manera estricta, únicamente cuando exista sospecha de cáncer de piel. En ningún caso debe utilizarse para agilizar la atención de personas en las que no se sospeche ésta patología.***



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

6. En los casos en que se haya efectuado biopsia de piel, la copia del reporte de esta debe anexarse a la referencia del paciente; o en su defecto, transcribir el reporte de biopsia completo, incluyéndose fecha y número de biopsia, descripción macroscópica, microscópica y diagnóstico.

Recepción de referencias

1. Todos los establecimientos que cuenten con servicio de dermatología deberán realizar las gestiones necesarias para que las personas referidas por sospecha de cáncer de piel sean valoradas por el especialista, para la asignación de sus citas, en los tiempos definidos:
 - a. **Prioridad 1:** Valoración durante los primeros 5 días hábiles después de recibida la referencia.
 - b. **Prioridad 2:** Valoración durante los primeros 15 días hábiles después de recibida la referencia.
2. Una vez que la persona ha sido valorada por el especialista, si este clasifica el caso como prioridad 1 o 2, ésta debe ser considerada en el establecimiento también para efectos del abordaje de la persona.

Acatamiento:

El acatamiento es obligatorio para todos los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Responsable del cumplimiento:

Direcciones Regionales, Direcciones de Áreas de Salud, profesionales en Medicina General y Familiar de todas las Áreas de Salud, Direcciones Médicas de todos los hospitales.

Rige a partir de su publicación aprobado por Dra. María Eugenia Villalta, Gerente Médica.