

ORIGINAL

REGISTRO DE CÁNCER DE PIEL

Sociedad Venezolana de Dermatología Médica Quirúrgica y Estética
Primer boletín

Miguel Alejandro López Blanco¹ , Ysabel Rodríguez¹ , Luz Marina Aular² , Catherine Fortique³, José Hernández⁴ .

¹Médico dermatólogo adjunto al Departamento de Dermatología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”.

²Profesora de la Universidad de Carabobo. Médico Dermatólogo de la Clínica El Viñedo.

³Médico dermatólogo, Fellowship de Cirugía Dermatológica y Oncología Cutánea del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”.
Adjunto de la consulta de dermatología oncológica del Instituto de Biomedicina “Dr Jacinto Convit”.

⁴Ingeniero responsable de la Plataforma Virtual de Sociedad Venezolana de Dermatología Médica, Quirúrgica y Estética.

Resumen

El cáncer de piel está entre las patologías malignas más frecuentes tanto en el hombre como en la mujer. Se destinan una gran cantidad de recursos tanto en la medicina pública como en la privada para prevenir, diagnosticar y tratar esta enfermedad. La información disponible sobre datos epidemiológicos en Venezuela es muy escasa, por tal motivo la Sociedad Venezolana de Dermatología Médica, Quirúrgica y Estética, por medio de la Comisión de Registro de Cáncer de Piel, creó una base de datos digital, disponible a través de internet, para facilitar que los miembros de la dicha sociedad pudiesen registrar datos de casos de cáncer de piel, con fines académicos y de investigación científica. Se incluyeron 673 registros de casos de cáncer de piel, 87,67% correspondieron a casos de cáncer de piel no melanoma y 12,33% a casos de melanoma maligno. Se reportaron las distintas variedades histopatológicas para los casos de carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma maligno, así como otras variables importantes específicas como Breslow al momento del diagnóstico en los casos de melanoma maligno. La actualización constante del registro y la capacidad de tener acceso a los datos en tiempo real, brinda la posibilidad de tener información valiosa y actualizada con fines académicos y de investigación.

Palabras claves: Cáncer, piel, carcinoma, basocelular, espinocelular, melanoma.

Información del artículo

Autor para correspondencia:

Miguel Alejandro López Blanco

E-mail:

miguelalejandrolb@yahoo.com

Recibido: 24-09-2025

Aceptado: 10-10-2025

doi: <https://doi.org/10.1016/j.svderma.2025.09.001>

Summary

Skin cancer is among the most common malignant pathologies in men and women. A large amount of resources are allocated in both public and private healthcare to prevent, diagnose, and treat this disease. The available information on epidemiological data in Venezuela is very scarce; therefore, the Venezuelan Society of Medical, Surgical, and Aesthetic Dermatology, through its Skin Cancer Registry Commission, created a digital database, available online, to enable society members to record data on skin cancer cases for academic and scientific research purposes. A total of 673 skin cancer case records were included; 87,67% corresponded to non-melanoma skin cancer cases and 12,33% to malignant melanoma cases. The different histopathological varieties were reported for basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and malignant melanoma, as well as other important specific variables such as Breslow score at the time of diagnosis in malignant melanoma cases. The constant updating of the registry and the ability to access data in real time provide valuable, up-to-date information for academic and research purposes

Keywords: Cancer, skin, carcinoma, basal cell, squamous cell, melanoma.

Introducción

El cáncer de piel es una de las patologías malignas más frecuentes en el ser humano, en realidad, según algunos autores es la más frecuente, de cada 3 cánceres diagnosticados en el mundo, uno corresponde a cáncer de piel¹, clásicamente se divide en 2 tipos principales, el originado de los melanocitos o melanoma maligno (MM), el cual puede ser muy agresivo y posee un potencial alto de generar enfermedad metastásica y el cáncer de piel no melanoma, en el cual se incluyen principalmente el carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma espinocelular o de células escamosas (CEC) entre otros tipos menos frecuentes, estos 2 últimos tumores representan aproximadamente el 90% de todos los cánceres de piel diagnosticados². Esto hecho condiciona que se destinen una gran cantidad de recursos de servicios de salud públicos y privados para el diagnóstico y tratamiento de esta patología. Aunque la mayoría son carcinomas basocelulares que no representan un riesgo para la vida de los pacientes, un porcentaje importante corresponden a carcinomas espinocelulares y melanomas malignos, en los cuales realizar un diagnóstico precoz puede salvarles la vida. Realizar diagnóstico precoz de cáncer de piel responde no solo a la capacidad de diagnóstico del personal médico, también existen otros factores importantes que influyen como acceso adecuado y expedito a servicios de salud por parte de los pacientes, tener disponibilidad de equipos de tecnología tanto básica como avanzada que faciliten el diagnóstico oncológico y disponibilidad de campañas educativas sobre el tema dirigidos al personal de salud, a los pacientes y a la población general. La escasez e incluso ausencia de datos epidemiológicos y de características clínico-patológicas del cáncer de piel en la población venezolana, hace difícil establecer la magnitud y las características del problema lo que dificulta a su vez diseñar, planificar e instaurar las acciones necesarias. Por esta razón se diseñó este proyecto destinado a recolectar datos de casos de cáncer de piel suministrados por médicos dermatólogos miembros de la Sociedad Venezolana de Dermatología, Médica, Quirúrgica y Estética (SVDMQE) con fines académicos y científicos que nos permitan una mejor comprensión y evaluación del problema.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, realizado con los dermatólogos miembros de la SVDMQE en sus consultas y servicios de dermatología, con la finalidad de obtener la información referente a los casos de cáncer de piel diagnosticados entre agosto del 2022 y septiembre del 2025, para ello se diseñó un sistema de registro digital, al cual los miembros de la SVDMQE accedieron través de una dirección en internet, en el cual los dermatólogos miembros de la sociedad, previa verificación de su identidad y de su condición de miembros de la sociedad ingresaron los datos de los pacientes con cáncer de piel que deseaban registrar, incluyendo datos demográficos, clínicos, oncológicos, terapéuticos y de seguimiento. El sistema permite la evaluación estadística de los datos en tiempo real, de acuerdo a lo que se tenga interés en evaluar. Para este primer reporte se incluyeron datos como distribución por ubicación geográfica, edad, sexo, diagnóstico y tipos de tumor.

Resultados

De los 687 registros disponibles, solo se incluyeron 673 registros de cáncer de piel, correspondientes al período comprendido entre agosto del 2022 y septiembre del 2025, dichos registros fueron realizados por 18 de los 71 dermatólogos miembros de la SVDMQE registrados en el sistema de registro de cáncer de piel. 362 (53,79%) casos fueron reportados en centros hospitalarios públicos y el resto de centros privados. La distribución geográfica por dependencias federales fue la siguiente: Distrito Capital 77,86%, Miranda 12,48%, Carabobo 4,9%, Zulia 4,31% y Anzoátegui 0,45% de los casos (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos de cáncer de piel diagnosticados

Estados	N°	%
Distrito capital	524	77,86
Miranda	84	12,48
Carabobo	33	4,9
Zulia	29	4,31
Anzoátegui	3	0,45
Centro de dermatología		
Públicos	362	53,79
Privados	311	46,21
Total	673	100

Los diagnósticos más registrados fueron CBC 466 registros (69,24%), CEC 117 registros (17,39%), MM 83 registros (12,33%), dermatofibrosarcoma protuberans 3 registros (0,45%), sarcoma de Kaposi 3 registros (0,45%) y carcinoma sebáceo 1 registro (0,14%) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Diagnósticos más registrados de cáncer de piel

Tipos de cáncer de piel	N°	%
CBC	466	69,24
CEC	117	17,39
MM	83	12,33
Dermatofibrosarcoma protuberans	3	0,45
Sarcoma de Kaposi	3	0,45
Carcinoma sebáceo	1	0,14
Total	673	100

CBC: Se reportaron 466 carcinomas basocelulares, 53,38% de los registros correspondieron al sexo femenino y 46,62% al sexo masculino, en cuanto a las variedades histopatológicas 247 (53%) se reportaron como nodulares, 48 (10,30%) como micronodulares, 43 (9,23%) como superficiales, 31 (6,65%) como adenoideos, 28 (6,01%) como infiltrantes, 25 (5,37%) como basoescamosos, 21 (4,51%) como pigmentados, 17 (3,65%) como morfeiformes y 3 (0,64%) como metatápicos, en 3 registros (0,64%) no se especificó la variedad histopatológica. (Tabla 3)

Tabla 3. Variedades histológicas de CBC

Variedad de CBC según sexo	N°	%
Femenino	249	53,38
Masculino	217	46,62
Total	466	100
Variedades histopatológicas de CBC	N°	%
Nodulares	247	53,00
Micronodulares	48	10,30
Superficiales	43	9,23
Adenoideos	31	6,65
Infiltrantes	28	6,01
Basoescamosos	25	5,37
Pigmentados	21	4,51
Morfeiformes	17	3,65
Metatípicos	3	0,64
Sin registro	3	0,64
Total	466	100

El 60,9% de los registros de CBC ocurrieron en instituciones hospitalarias públicas. Las dependencias federales que más registraron

fueron: Distrito Capital 80,50%, Miranda 10,27%, Carabobo 4,82%, Zulia 3,98% y Anzoátegui 0,42%.

CEC: Se reportaron 117 carcinomas espinocelulares, 55,65% de los registros correspondieron al sexo masculino y 44,35% al sexo femenino, en cuanto a la diferenciación y variantes histopatológicas 53 (45,30%) se reportaron como bien diferenciados, 28 (23,93%) como *in situ*, 20 (17,09%) como moderadamente diferenciados, 4 (3,42%) como poco diferenciados, 3 (2,56%) como infiltrantes y 1 (0,86%) como verrugoso, en 8 registros no se especificó ni variedad histopatológica ni diferenciación (tabla 4). El 90% de los casos en los que se registró el fototipo cutáneo correspondieron a fototipo 3 y el 10% a fototipo 2.

Tabla 4. Variedades histológicas de CEC

Variedad de CEC según sexo	N°	%
Femenino	52	44,35
Masculino	65	55,65
Total	117	100
Variedades histopatológicas de CEC	N°	%
Bien diferenciado	53	45,30
<i>In situ</i>	28	23,93
Moderadamente diferenciados	20	17,09
Poco diferenciados	4	3,42
Infiltrantes	3	2,56
Verrugoso	1	0,86
Sin registro	8	6,84
Total	117	100

El 39,31% de los registros de CEC ocurrieron en instituciones hospitalarias públicas. Las dependencias federales que más registraron fueron: Distrito Capital 68,38%, Miranda 18,80%, Carabobo 7,69%, Zulia 5,13%.

MM: Se reportaron 83 MM, 51,22% correspondieron al sexo masculino y 48,78% correspondieron al sexo femenino, en cuanto a las variedades histopatológicas, 23 (27,71%) se reportaron como de extensión superficial, 17 (20,48%) como *in situ*, 9 (10,84%) como lentigo maligno melanoma, 7 (8,43%) como lentigo maligno, 6 (7,23%) como nodulares, 2 (2,41%) como acrales lentiginosos, 1 (1,21%) como desmoplásico y 1 (1,21%) como infiltrante, en 17 (20,48%) registros no se especificó la variedad histopatológica (Ver tabla 5). En cuanto al índice de Breslow, solo se reportó el Breslow en 63 de los 83 casos reportados, 14 (16,86%) se reportaron *in*

situ, 27 (32,53%) se reportaron entre 0,1 y 0,8 mm, 8 (9,64%) se reportaron entre 0,8 y 2 mm, 8 (9,64%) se reportaron entre 2 y 4 mm y 6 (7,23%) se reportaron como mayores de 4 mm. (Tabla 5)

Tabla 5. Variedades de MM y presentación según el Índice de Breslow

Variedad de MM según sexo	N°	%
Femenino	41	48,78
Masculino	42	51,22
Total	83	100
Variedades histopatológicas de MM		
	N°	%
Extensión superficial	23	27,71
<i>In situ</i>	17	20,48
Léntigo maligno melanoma	9	10,84
Léntigo maligno	7	8,43
Nodulares	6	7,23
Acráles lentiginosos	2	2,41
Desmoplásico	1	1,21
Infiltrante	1	1,21
Sin especificar	17	20,48
Total	83	100
Índice de Breslow		
	N°	%
<i>In situ</i>	14	16,86
0,1-0,8 mm	27	32,53
0,8-2 mm	8	9,64
2-4 mm	8	9,64
> 4 mm	6	7,23
No reportados	20	24,10
Total	83	100

El 46,66% de los casos en los que se registró el fototipo cutáneo, ocurrieron en pacientes con fototipo II, el 46,66% ocurrieron en fototipo III y 1,31% ocurrieron en fototipo IV.

El 38,55% de los registros de MM ocurrieron en instituciones hospitalarias públicas. Las dependencias federales que más registraron fueron: Distrito Capital 73,49%, Miranda 20,48%, Zulia 4,82% y Carabobo 1,20%.

Discusión

El cáncer de piel se encuentra entre las neoplasias más comunes en el ser humano, se piensa que el 95% de estos cánceres responden a factores de riesgo que pueden modificarse, como por ejemplo la exposición excesiva a la luz solar²⁻⁴. Esta publicación representa el primer reporte escrito del registro de cáncer de piel que inició la SVDMQE con fines de investigación científica y docencia, esta base de datos se encuentra en constante revisión, análisis y ajuste por parte de la comisión de registro de cáncer de piel de la SVDMQE. Para el año 2022 el cáncer de piel no melanoma representaba la quinta causa de cáncer a nivel mundial². Obtuvimos resultados similares a los reportados por otros estudios en lo referente a la distribución estadística

por tipo de cáncer, representando el cáncer de piel no melanoma el 87,66% de todos los cánceres de piel reportados, 12,33% lo representaron casos de melanoma maligno, lo cual coincide con datos publicados que reportan que aproximadamente el 90% de los cánceres de piel diagnosticados corresponden a cánceres de piel no melanomas⁵, aunque según algunos autores el cáncer de piel no melanoma puede ser de 18 a 20 veces más frecuente que el melanoma, en la data del presente trabajo, el cáncer de piel no melanoma fue 7,02 veces más frecuente que el melanoma maligno, esto podría deberse a que se trata de una data muy joven o a características intrínsecas de la población estudiada. El tumor que más se reportó fue el CBC con un 69,24% de los casos, seguido por el CEC con 17,39% y por el MM que representó el 12,33%, lo cual concuerda con la distribución descrita en la mayoría de los reportes de cáncer de piel a nivel mundial⁶. La distribución por género fue muy equilibrada con una ligera prevalencia hacia el sexo masculino con 50,88% en comparación con el femenino con un 49,12%, lo cual corresponde con lo reportado en la literatura².

En los casos de CBC en el presente estudio la variedad histopatológica que se reportó con mayor frecuencia fue la nodular que estuvo presente en 53% de los casos, seguidos por la variedad micronodular con 10,30%, superficial con 9,23%, adenoideo con 6,65%, infiltrante con 6,01%, basoescamoso con 5,37% y pigmentados con 4,51% de los casos, entre otras variedades menos frecuentes, lo cual concuerda con lo descrito por Fernández y colaboradores en Venezuela en el 2003, quienes reportaron, para los casos con variantes histopatológicas únicas, un predominio de la variedad nodular con 60%, seguido por la variedad basoescamosa con un 17%, superficiales en un 9%, micronodular y morfeiforme con 2% e infiltrante con 1%, reportándose en ese entonces más proporción de casos con variedad basoescamosa y menos infiltrantes⁷. No es de extrañar que la mayoría de los registros de CBC provienen de instituciones públicas ya que este tipo de tumor está entre los más frecuentes que vemos en los hospitales de Venezuela.

En el presente trabajo los casos de CEC representaron el 20% de todos los casos de cáncer de piel no melanoma reportados, lo cual está acorde con lo reportado por Nanz y colaboradores en 20248, la diferenciación histopatológica que más se reportó fueron los CEC bien diferenciados, seguidos por los *in situ* y moderadamente diferenciados, las variantes poco diferenciadas, infiltrantes y verrugosas fueron reportadas en pocos casos. 60,69% de los carcinomas espinocelulares fueron reportados en instituciones privadas, probablemente debido a que es una patología más frecuente en pacientes con fototipos claros de piel, en nuestro estudio fototipos II y III, con antecedentes de exposición a radiación solar importante, probablemente los pacientes con estas características se vean con frecuencia en ciertos sectores de la medicina privada. Este tipo de tumor tiene potencialidad de generar metástasis y si bien la tasa de mortalidad reportada no es muy alta, de aproximadamente 2,8 por cada 100.000 habitantes⁸, es importante hacer énfasis en el manejo correcto de estos pacientes por partes de los dermatólogos, desde el punto de vista de prevención, diagnóstico, clasificación oncológica, tratamiento y referencias oportunas y adecuadas. Las acciones y decisiones informadas, prudentes y conscientes pueden mejorar las posibilidades de estos pacientes de obtener mejores resultados oncológicos.

En este estudio las variedades de MM más reportadas fueron: extensión superficial (27,71%), *in situ* (20,48%), lentigo maligno melanoma (10,84%), lentigo maligno (8,43%), nodular (7,23%), acral-lentiginoso (2,41%), desmoplásico (1,21%) e infiltrante (1,21%). Al igual que lo reportado por Torreyes y colaboradores en Venezuela en el 2017, el de extensión superficial fue la variedad más frecuente, sin embargo, a diferencia de lo publicado en ese entonces en el que el MM acral lentiginoso representaba el 29% de los reportes y a la par con lo publicado por Correa y colaboradores en el 2010, en este estudio, la variedad acral está entre las menos reportadas, con tan solo dos casos (2,63%)^{9,10}. Se debe tener en cuenta que la mayoría de los casos de MM en este trabajo fueron reportados en centros privados en los que probablemente los tipos de

piel sean más claros y las datas en las que se reportan los melanomas acrales como más frecuentes, corresponden principalmente a poblaciones indígenas de américa, poblaciones con piel de color oscuro provenientes de áfrica y poblaciones asiáticas^{11,12}. En cuanto a la distribución de las distintas variedades de MM, hasta ahora en la población del estudio se ha comportado en su gran mayoría como una población de origen hispánico, lo cual probablemente este asociado a nuestro origen español y a las inmigraciones europeas españolas, italianas y portuguesas que ocurrieron principalmente a mediados del siglo XX.

En este estudio, del total de casos de MM en el que se reportó el Breslow, 49,39% de los diagnósticos se realizaron en pacientes con MM *in situ* o delgados (menores de 0,8 mm), los cuales tienen buen pronóstico, esta es una mejoría considerable a lo reportado por Correa y colaboradores en Venezuela en el 2010 con 49% de MM entre *in situ* y menores de 0,76 mm¹⁰ y a lo reportado por Torreyes y colaboradores en Venezuela en el 2017 con 28,57% entre *in situ* y menores de 0,76 mm de Breslow⁹. También los resultados del presente estudio son comparables e incluso mejores que los datos obtenidos por Tejera-Vaquerizo y colaboradores en el registro español de MM, quienes reportaron 55,6% de MM en estadios patológicos pTx y pT1, lo cual corresponde a tumores *in situ* y menores de 1mm de Breslow³, claro hay que tomar en cuenta que en el 24,10% de los casos no se registró el índice de Breslow, lo cual podría influir en la presente discusión. Aun así, estos números son alentadores y nos invitan a pensar que todas las campañas educativas llevadas a adelante por la SVDMQE sobre diagnóstico precoz de melanoma, que incluyen formación clínica y dermatoscópica, además de las campañas educativas dirigidas a la población general en el marco de las jornadas de despistaje de cáncer de piel, están dando resultados. De la literatura venezolana revisada esta representa una de las publicaciones más grandes de casos de MM en Venezuela.

Discusión

Este registro se presenta como una oportunidad valiosa de conocer mejor las características

demográficas, clínicas, patológicas e incluso terapéuticas, de pacientes con cáncer de piel, atendidos, diagnosticados y tratados por médicos dermatólogos miembros de la SVDMQE. A medida que el número de dermatólogos que registren casos aumente y gracias a la actualización constante del registro y a la capacidad de tener acceso a los datos en tiempo real, mejorará la posibilidad de tener información valiosa y actualizada que podrá ser utilizada con fines académicos y de investigación.

Agradecimientos

Nuestro sincero y profundo agradecimiento a:

- La Sociedad Venezolana de Dermatología Médica Quirúrgica y Estética(SVDMQE): Por su apoyo en los recursos necesarios para la elaboración de la plataforma y permitirnos los espacios en congresos, reuniones mensuales y plataformas digitales, para difundir la información sobre el Registro de Cáncer de Piel.
- La Sociedad Anticancerosa de Venezuela por guiarnos en la elaboración de este proyecto.
- La Revista Dermatología Venezolana y sus editores, por permitir la publicación del Registro de Cáncer de Piel, dar a conocer esta información valiosa y actualizada que podrá ser utilizada con fines académicos y de investigación.
- Dermatólogos Miembros de la SVDMQE: Por su esfuerzo y dedicación en la recopilación de datos y el seguimiento de los pacientes.
- Instituciones de salud públicas y privadas: Por su apoyo en la infraestructura y recursos necesarios para el registro.
- Pacientes: Por su participación y confianza en el estudio. La información recopilada en este registro sirve de herramienta para la prevención, diagnóstico y el tratamiento del cáncer de piel, y nos motivan a seguir investigando y mejorando el acceso a la atención médica para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Referencias

1. Roky AH, Islam MM, Ahasan AMF, et al. Overview of skin cancer types and prevalence rates across continents. *Cancer Pathogenesis and Therapy. Chinese Medical Association.*2025;3:89–100.
2. Wang M, Gao X, Zhang L. Recent global patterns in skin cancer incidence, mortality, and prevalence. *Chin Med J.*2025;138:185–192.
3. Tejera-Vaquerizo A, Boada A, Puig S, et al. Melanoma Registry of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (REGESMEL): Description and Data in its First Year of Operation. *Actas Dermosifiliogr.*2024;115:663–669.
4. Pérez M, Abisaad JA, Rojas KD, et al. Skin cancer: Primary, secondary, and tertiary prevention. Part I. *J Am Acad Dermatol.*2022;87:255–268.
5. Zhu S, Sun C, Zhang L, et al. Incidence Trends and Survival Prediction of Malignant Skin Cancer: A SEER-Based Study. *Int J Gen Med.*2022;15:2945–2956.
6. Apalla Z, Lallas A, Sotiriou E, et al. Epidemiological trends in skin cancer. *Dermatol Pract Concept.* 2017;7(2):1-6
7. Fernández K, Rodríguez AR, Chópita M, et al. Características Clínicas e Histológicas del Carcinoma Basocelular. *Dermatol Venez.*2003;41:9-14.
8. Nanz L, Keim U, Katalinic A, et al. Epidemiology of Keratinocyte Skin Cancer with a Focus on Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *Cancers.* 2024; 16: 606. <https://doi.org/10.3390/cancers16030606>
9. Torreyes M, Lopez M, Montilla A, et al. Melanoma Maligno en retrospectiva Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” Agosto del 2009 - agosto del 2012. *Dermatol Venez.*2017;55:35-40

10. Correa L, Lopez M, Clement C, et al. Características clínico patológicas del Melanoma Maligno. Servicio de Dermatología del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Enero 2005-agosto 2009. *Dermatol Venez.* 2010;48:84-88
11. Karampinis E, Lallas A, Lazaridou E, et al. Race-Specific and Skin of Color Dermatoscopic Characteristics of Skin Cancer: A Literature Review. *Dermatol Pract Concept.* 2023;13:e2023311S.
12. Taylor MA, Thomas SI, Ituarte BE, et al. Racial and ethnic differences in presentation and disease-specific survival in female melanoma patients. *Int J Dermatol.* 2024;63(11):e342-e344. doi:10.1111/ijd.17322