

Incidencia del carcinoma basocelular y espinocelular en usuarios atendidos en un hospital de câncer**Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer****Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas among users attended in a cancer hospital**

Recibido: 05/07/2016
Aprobado: 21/11/2016
Publicado: 01/05/2017

Ricardo Dias da Silva¹
Meyre Aparecida Inácio Dias²

El objetivo del estudio fue evaluar la incidencia de cáncer de piel no melanoma (CPNM) a partir de biopsias patológicas de los usuarios atendidos en un hospital de cáncer. Estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, donde fueron evaluados 81 exámenes entre enero de 2015 y mayo de 2016. Se encontraron 40 biopsias con carcinoma basocelular (CBC), (51,85%), 20 con carcinoma espinocelular (CEC) (24,69%), 3 con melanoma cutáneo - MC (3,7%) y 16 con otros diagnósticos (19,75%). Con la variable sexo se encontró un total de 48 mujeres con CPNM (77,41%) y 14 hombres (25,59%). En todos los CPNM 56 han sido personas de piel blanca (89,29%) y 6 de piel amarilla (10,71%). El estudio concluyó que el CPNM es el cáncer de piel más frecuente en la región, con mayor incidencia en el sexo femenino, en las personas de piel clara y directamente proporcional con el aumento de la edad.

Descriptor: Neoplasias cutáneas; Carcinoma basocelular; Carcinoma de células escamosas.

O estudo teve por objetivo avaliar a incidência do câncer de pele não melanoma (CPNM), a partir das biópsias anatomopatológicas de usuários atendidos em um hospital de câncer. Estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo onde foram avaliados 81 exames entre janeiro de 2015 e maio de 2016. Encontrou-se 42 biópsias com carcinoma basocelular (CBC), (51,85%), 20 com carcinoma espinocelular - CEC (24,69%), 3 com melanoma cutâneo - MC (3,7%) e 16 com outros diagnósticos (19,75%). Com a variável sexo achou-se o total de 48 de mulheres com CPNM (77,41%) e 14 homens (25,59%). Entre todos os CPNM têm-se 56 pessoas de pele branca (89,29%) e 6 de pele amarela (10,71%). O estudo concluiu que o CPNM é o mais incidente câncer de pele na região, com maior incidência no sexo feminino, em pessoas de pele clara sendo diretamente proporcional com o aumento da idade.

Descritores: Neoplasias cutâneas; Carcinoma basocelular; Carcinoma de células escamosas.

The study aimed to evaluate the incidence of nonmelanoma skin cancer (NMSC) from pathological biopsies of patients seen in an oncology hospital. It was a descriptive, quantitative and retrospective study, in which, between January 2015 and May 2016, 81 biopsies were evaluated. 40 biopsies with basal cell carcinoma were found - BCC (51.81%), 22 with squamous cell carcinoma - SCC (24.69%), 3 with cutaneous melanoma - CM (3.7%) and 16 with other diagnoses (19.75%). Regarding the variable gender, a total of 48 women (77.41%) and 14 men (25.59%) with NMSC were found. Among people with NMSC, 56 were white-skinned people (89.29%), and 6 had yellow skin (10.71%). The study concluded that the NMSC is the most frequent skin cancer in the region, with higher incidence in females and in clear skinned people. It was also directly proportional to age.

Descriptors: Skin neoplasms; Carcinoma basal cell; Carcinoma squamous cell.

¹ Enfermero. Especialista en Oncología. Especializando en Salud Colectiva. Enfermero de la Atención Primaria de Salud de la Intendencia Municipal de Patrocínio, MG, Brasil. ORCID 0000-0002-5856-9318 E-mail: ricardodiv@yahoo.com.br

² Enfermera. Especialista en Enfermería Oncológica. Enfermera Responsable Técnica del Hospital de Câncer Dr. José Figueiredo / Patrocínio, MG, Brasil. ORCID 0000-0003-3436-821X E-mail: meyreapenf@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Se evalúan los tres tipos de cáncer de piel con relación a su gravedad: el Carcinoma Basocelular (CBC) y el Carcinoma Espinocelular (CEC), ambos denominados CPNM, y el Melanoma Maligno (MM)¹. Las estimativas, entre las neoplasias de la piel, de los CPNM en Brasil son cerca de 70% para el CBC y 25% para el CEC². Para el MM la estimativa es de 4%². A pesar de la alta incidencia, los tumores de piel no melanoma tienen baja letalidad, en casos detectados precozmente³. Esta información en ninguna hipótesis es interpretada como motivo para tornar los datos epidemiológicos de los CPNM sin relevancia.

El CBC es el más común de los tumores de piel, manifestándose en las áreas del cuerpo con mayor exposición a la luz solar^{1,4}. La aparición de ese tumor es directamente proporcional a la edad y a la cantidad de exposición solar que el individuo sufrió⁴. Sin embargo, el surgimiento del CBC es inversamente proporcional a la cantidad de melanina en la piel⁴.

El CBC constituye el tumor de piel más incidente, no obstante, el menos agresivo⁴⁻⁷. Su local de surgimiento más frecuente es en el rostro, sin embargo, también aparece en otras regiones^{4,6,7}. No obstante, el CBC también es encontrado en otras regiones que fueron expuestas al sol con frecuencia y por tiempo prolongado^{4,5}.

El CBC tiene crecimiento lento y raramente desarrolla metástasis⁴⁻⁷. Tiene su origen en las células basales epiteliales inmaduras pluripotentes de la epidermis¹. Se cree que el CBC se desarrolla a partir de los restos embrionarios de los anexos cutáneos. El término preferente para denominar el CBC es carcinoma, en vez de epitelioma⁵.

La caracterización clínica del CBC presenta pápulas perladas con teleangiectasias con capacidad de ulceración^{4,6}. Tiene la característica de sangramiento, como una herida que no cicatriza. Se torna importante resaltar, que un CBC no diagnosticado y no tratado puede tornarse invasivo y destructivo⁶.

El CEC corresponde a cerca de 25% de los tumores de piel, surgiendo a partir del

epitelio escamoso de la piel^{8,9}. Es curable y tiene buen pronóstico cuando es detectado precozmente. A diferencia del CBC, el CEC tiene mayor capacidad de producir metástasis linfáticas y viscerales^{5,6,9}. El CEC presenta más incidencias en hombres que en mujeres^{1,6,11}. Se destaca la capacidad del carcinoma de células escamosas de surgir de una lesión de piel preexistente, incluyendo la queratosis actínica, diagnóstico que con frecuencia es encontrado en biopsias cutáneas^{4-6,12}.

Clínicamente el CEC presenta sus localizaciones comunes en el rostro, oreja, nariz, cuello, dorso de las manos y mucosas oral y genital, caracterizándose por ser una mancha persistente, escamosa, roja, con bordes irregulares y que sangra con facilidad. Puede aparecer también como una lesión áspera^{1,4,11}.

Por análisis histológico, el CEC encuentra su surgimiento a partir de las células epiteliales espinosas de la piel y mucosas con tendencia a queratinización. Cuanto menor la diferenciación histológica, mayor es la malignidad de la lesión^{5,6}. Las variedades clínicas del CEC son papilar córnea, nodular (menos frecuente), placa, vegetante, ulcerada e infiltrante^{5,6}.

El cáncer de piel es relativamente raro en niños y negros, con excepción de los portadores de enfermedades cutáneas previas^{1,4-6}. Personas de piel clara, sensibles a la acción de los rayos solares, son las principales afectadas^{1,4,6}. Los factores de riesgo generales para el desarrollo del cáncer cutáneo son: exposición solar, exposición a la radiación, edad, género (sexo masculino), piel clara, exposición a productos químicos (arsénico, alquitrán, carbón, parafina), inflamación o lesión de piel, piel seca, tratamiento de psoriasis, tabaquismo, inmunidad comprometida, Papiloma Virus Humano (HPV) y Síndrome de Gorlin^{1,4,6,12,13}.

El término radiación consiste en la emisión de ondas electromagnéticas, teniendo como ejemplo la radiación solar, ondas de radio y los rayos alfa y gama¹⁰. La radiación ultravioleta (RUV), uno de los principales factores de riesgo del cáncer de piel, es formada por ondas invisibles emitidas

por el sol, siendo clasificados en UVA, UVB y UVC, de acuerdo con su longitud de onda^{10,12}. Los RUV que afectan a la piel humana son los rayos UVA y UVB, siendo que el UVC es absorbido por la capa de ozono^{12,14}. La radiación UVA posee una longitud de onda más largo, desencadenando procesos oxidativos¹⁵. La radiación UVB es responsable por provocar daños directos al ácido desoxirribonucleico (ADN) celular, así iniciando y promoviendo el inicio del proceso neoplásico^{15,16}.

Brasil se encuentra en una región del globo terrestre con altas tasas de exposición a los RUV. Como consecuencia de esto, las personas de piel clara en Brasil constantemente están expuestas a los RUV, y poseen mayor probabilidad del desarrollo del cáncer de piel relacionado a este factor¹⁵.

El estudio tuvo como objetivo evaluar la incidencia del cáncer de piel no melanoma (CPNM), a partir de las biopsias patológicas de usuarios atendidos en un hospital de cáncer.

MÉTODO

Fue realizado un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo donde fueron colectadas, procesadas y analizadas 81 biopsias patológicas diagnósticas cutáneas y las historias clínicas de pacientes atendidos en un hospital de cáncer, localizado en un municipio en la región del alto Paranaíba / Triângulo Mineiro, en el interior del estado de Minas Gerais, con cerca de 90.000 habitantes.

El criterio de evaluación de las biopsias cutáneas fue basado en la realización de consulta médica por los usuarios en el Hospital de Cáncer Dr. José Figueiredo en el período de tiempo comprendido entre enero de 2015 a mayo de 2016, con biopsia de piel lista. No fueron evaluados los detalles histológicos de los exámenes y ni la localización del cuerpo en que fueron encontradas las alteraciones, solamente se tomó en cuenta el diagnóstico de CPNM proporcionado por los análisis de los exámenes e historias clínicas. Los hallazgos de las biopsias fueron divididos en

CBC, CEC, MC y otros diagnósticos/resultados inconcluyentes.

Las variables género, edad y color de piel fueron colectadas de las historias clínicas de los usuarios. No fueron establecidos límites de género y de edad para la elaboración de la muestra. La variable color de la piel fue averiguada a partir del registro del usuario en la institución según su documento de identidad, también presente en historia clínica con informaciones básicas de los pacientes. Se dividió la variable color de piel en usuarios de piel blanca, amarilla y negra. La variable edad se dividió en 30-39 años, 40-59 años, 50-69 años y 70 años y más.

Las 81 biopsias fueron evaluadas según el diagnóstico juntamente con el análisis de las historias clínicas de los usuarios con la institución en inactividad, para preservar la identidad y los datos de los pacientes, además de evitar posibles trastornos y complicaciones en la dinámica del trabajo en la institución.

Los datos fueron procesados y gestionados en el software Excel® versión 2007, con la elaboración de tablas y gráficos con análisis exploratorio para la explicitación de los datos encontrados. Fue realizado el test no paramétrico de Chi-cuadrado de Pearson para evaluación de la incidencia del CBC, CEC y MC, aisladamente del muestreo total, siendo el nivel de significancia (α) establecido en 5% y el grado de libertad (g.l.) en 2.

Para la realización de la investigación y de la colecta de datos fue solicitada por escrito, en dos copias, la autorización previa de la institución por autoridad competente con entrega de término de consentimiento libre y aclarado. De esta forma, se garantizó la privacidad de identidad de los pacientes que tuvieran sus exámenes e historias clínicas evaluadas. A partir de la autorización concedida los datos fueron colectados, procesados y evaluados para la elaboración de los resultados y de la discusión de los hallazgos.

Esta investigación fue autorizada por la Institución Hospital del Cáncer Dr. José Figueiredo por autoridad competente. El

estudio está adecuado a los criterios de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS).

RESULTADOS

Se encontró en el análisis de las variables del estudio los diagnósticos de CBC, CEC, MC, queratosis actínica y queratosis seborreica. Los hallazgos de CBC y CEC fueron el foco de la investigación. Los otros diagnósticos no fueron detallados en el estudio, estando clasificados como "MC" y también "otros diagnósticos" para los fines epidemiológicos de la investigación sugiriendo estudios posteriores.

Analizando el muestreo a partir de la incidencia solamente de las neoplasias de piel diagnosticadas, siendo este dato con un total de 65 biopsias de las 81 analizadas, fue constatado: CBC (64,6%), CEC (30,76%) y MC

(4,61%). El Test de Chi-cuadrado de Pearson aplicado a este muestreo, con α 5% y g.l. 2 se presentó el valor calculado de 1,195 ($p < 0,05$).

La incidencia del CBC se mostró mayor que el de CEC. Se encontraron 42 biopsias con CBC (51,85%), 20 con CEC (24,69%), 3 con MC (3,7%) y 16 con otros diagnósticos y resultados inconclusos (19,75%) entre las 81 biopsias evaluadas (Tabla 1).

Se evaluó en la variable género una mayor cantidad de mujeres con diagnóstico de CBC y CEC (69,4%) que de hombres (29,6%). Específicamente para el CBC fueron encontrados 10 hombres (23,8%) y 32 mujeres (76,2%). En el caso del CEC, fueron 4 hombres (20%) y 16 mujeres (60%). Son 14 CNPM en hombres y 48 CPNM en mujeres encontrados en el estudio (Tabla 1).

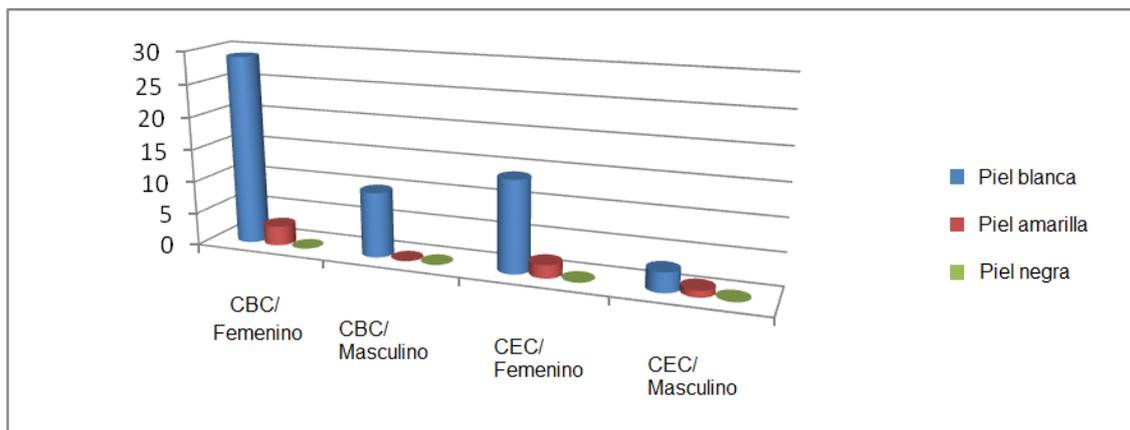
Tabla 1. Incidencia de los diagnósticos de CBC, CEC, MC y otros diagnósticos relacionados al género en biopsias cutáneas evaluadas entre enero de 2015 y mayo de 2016. Hospital del Cáncer Dr. José Figueiredo. Patrocínio/MG, Brasil.

| Sexo | CBC | % | CEC | % | Melanomas | % | Otros diagnósticos | % |
|------------|-----|-------|-----|-------|-----------|------|--------------------|-------|
| Femenino | 32 | 39,51 | 16 | 19,75 | 2 | 2,46 | 10 | 12,34 |
| Masculino | 10 | 12,34 | 4 | 4,94 | 1 | 1,23 | 6 | 7,41 |
| Resultados | 42 | 51,85 | 20 | 24,69 | 3 | 3,7 | 16 | 19,75 |

Los datos encontrados de CBC para color de piel blanca fueron de 29 en el sexo femenino y 10 en el sexo masculino. Para CBC con piel amarilla fueron de 3 en mujeres y 0 en hombres. Ya para el CEC se encontró en mujeres de piel blanca 14 biopsias y en hombres 3. Para el CEC en personas de piel amarilla se encontró 2 en mujeres y 1 en hombre. En individuos de piel negra no fue encontrado CPNM (Gráfico 1).

El gráfico 1 muestra porcentaje mayoritario de personas con piel blanca para la incidencia de los tumores. De los CPNM hay 56 personas de piel blanca (89,29%) y 6 de piel amarilla (10,71%). De este total de 62 biopsias con CPNM se encuentran 69,35% de mujeres con piel blanca y 8,06 % de piel amarilla. Entre los hombres son 20,96% con piel blanca y 1,61% con piel amarilla. Se desprende un total de 48 de mujeres con CPNM (77,41%) y 14 hombres (25,59%).

Gráfico 1. Incidencia de los diagnósticos de CBC y CEC por género y color de la piel en las biopsias con diagnóstico específico carcinoma de piel no melanoma entre enero de 2015 y mayo de 2016. Hospital del Cáncer de Dr. José Figueiredo. Patrocínio/MG, Brasil.



Referente a la edad el CPNM fue encontrado, para el sexo femenino, en 2 mujeres entre 30 y 39 años (3,22%), 7 mujeres entre 40 y 49 años (11,29%), 12 mujeres entre 50 y 59 años (19,4%), 11 mujeres entre 60 y 69 años (19,36%) y 15 mujeres con 70 años y más (24,19%). Para el sexo masculino, con la variable edad, se

encontraron 3 hombres entre 40 y 49 años (4,83%), 2 hombres entre los 50 y 59 años (3,2%), 3 entre los 60 y 69 años (4,84%) y 6 hombres con 70 años o más (9,67%). Se observaron 62 personas con diagnóstico de CPNM siendo 48 mujeres (77,41%) y 14 hombres (25,59%) (Tabla 2).

Tabla 2. Incidencia de diagnósticos de CPNM por género y edad en las biopsias con diagnóstico específico CPNM entre enero de 2015 y mayo de 2016. Hospital del Cáncer de Dr. José Figueiredo. Patrocínio/MG.

| Género | 30/39 años | | 40/49 años | | 50/59 años | | 60/69 años | | 70 años y más | |
|------------|------------|------|------------|-------|------------|------|------------|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 0 | 0 | 3 | 4,83 | 2 | 3,2 | 3 | 4,84 | 6 | 9,67 |
| Femenino | 2 | 3,22 | 7 | 11,29 | 12 | 19,4 | 12 | 19,36 | 15 | 24,19 |
| Resultados | 2 | 3,22 | 10 | 16,12 | 14 | 22,6 | 15 | 24,20 | 21 | 33,80 |

DISCUSIÓN

La región donde el estudio fue hecho, por tener economía enfocada al sector agrario, sugiere un riesgo de exposición mayor a los RUV, importante factor de riesgo para desarrollo de tumores de piel¹⁻⁵. La exposición solar excesiva, cuando ocurre en la infancia y adolescencia, puede influir en el desarrollo de cáncer en el futuro¹⁸. Es necesario, así, el cuidado y prevención desde la infancia, con trabajos sociales de conscientización^{1-4,15}.

Acciones planeadas y específicas, multiprofesionales e intersectoriales centradas en la salud de las personas con relación a los tumores de piel deben ser estimuladas e implementadas¹⁸. Estas

acciones tendrán impactos directos en la calidad de vida de las personas, familias y sociedad en la región.

Los usuarios de piel blanca son el público afectado de forma mayoritaria por los CPNM^{4-6,15}.

A partir del análisis de las biopsias existe la confirmación nítida de la mayor incidencia de CBC. Él es, por tanto, el tumor de piel más incidente en la población estudiada. Por otro lado, el CEC se presenta en segundo lugar en número de casos. Esta constatación epidemiológica confirma las estimativas que indican que el CBC es más incidente que el CEC^{1,3-5,16-18}.

La incidencia del CBC y del CEC aumenta con el avance de la edad, lo que

torna necesarias acciones de promoción y prevención con el objetivo de evitar el surgimiento de estos tumores comprobadamente incidentales y con posibilidad de complicaciones si no son diagnosticados y tratados^{12,13}. Las evaluaciones de la mayor presencia del CPNM quedan consolidadas en personas por encima de los 40 años de edad de forma directamente proporcional, en conformidad con lo que es encontrado en las referencias^{5,19}.

El cuantitativo femenino de CBC y CBE se muestra mayor que el masculino en las evaluaciones de exámenes de acuerdo con el género. Este hallazgo se encuentra de acuerdo con otro estudio, que propone que la variable género, en lo que dice respecto a la incidencia, es determinada por la población estudiada⁶. Se puede inferir una mayor búsqueda por parte de las mujeres a los servicios de salud en relación a los hombres, fenómeno ya iniciado desde la atención básica a la salud, vista como puerta de entrada principal y preferente a los servicios de salud²⁰⁻²². También es necesario evaluar si está ocurriendo una mayor exposición a los RUV por parte de las mujeres en esta región, para explicar tal hallazgo en la investigación¹⁻⁵.

Se constata que existe una necesidad de llenado de datos de los tumores de piel no melanoma de forma más cuidadosa, para fines epidemiológicos, desde el registro del usuario en la entrada al trabajo, a las anotaciones de los profesionales de nivel superior como enfermeros y médicos, e inclusive en los informes de exámenes de los laboratorios²³.

Las informaciones como: lugar de origen y procedencia del individuo, características cutáneas, historial familiar, hábitos de vida (incluyendo tabaquismo y hábitos alimentares), datos ocupacionales y el historial previo de enfermedades se tornan relevantes para la realización de estudios sistemáticos y detallados²³.

CONCLUSIÓN

El estudio concluyó que el CPNM es el más prominente cáncer de piel en la región para

el período considerado, con mayor incidencia en el sexo femenino y en personas de piel clara, siendo directamente proporcional al aumento de la edad. La investigación afirma la relevancia de la intensificación de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz y rehabilitación como medidas importantes.

La investigación propicia la continuidad de estudios para casos de recurrencia de tumores, surgimiento de carcinomas a partir de lesiones preexistentes, localización de los tumores, características histopatológicas, diagnóstico de los tumores, perfil ocupacional de los usuarios afectados, perspectivas de los profesionales del área oncológica en la región, estimativas de incidencia de los tumores, propuestas específicas de promoción y prevención, acciones de concientización y combate al cáncer en la región, entre otros análisis.

REFERENCIAS

1. Sampaio SAP, Rivetti EA. *Dermatologia*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007. 1600 p.
2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado en 27 may 2016]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf.
3. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Ações de enfermagem no controle do câncer. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2007 [citado en 27 may 2016]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. vol. 4.
5. Bogliolo L, Brasileiro Filho G, editores. *Patologia*. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 1492p.
6. Azulay DR, Azulay RD. *Dermatologia*. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. 1156 p.
7. Nigro MHZ, Helena M, Brandão G, Stella L, Coelho CP, Paula A, et al. Estudo epidemiológico do carcinoma basocelular no período de 2010 a 2013 em um hospital de referência em dermatologia na cidade de Bauru, São Paulo. *Surg Cosmet Dermatol*. 2015; 7(3):232-5.

8. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, editores. Robbins & Cotran Patología: bases patológicas das doenças. 8ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
9. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Câncer de pele [Internet]. Rio de Janeiro: SBD; [201-] [citado en 28 may 2016]. Disponible en: <http://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>
10. Ministério da Saúde (Br). Glossário temático: controle de câncer. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 60 p.
11. American Cancer Society. Signs and symptoms of basal and squamous cell skin cancers [Internet]. Atlanta, Georgia: ACS; 2016 [citado en 2016 may 28]. Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/skincancer-basalandsquamouscell/detailedguide/skin-cancer-basal-and-squamous-cell-signs-and-symptoms>.
12. Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ e colaboradores. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. 1600 p.
13. Longo, DL, organizador. Hematologia e oncologia de Harrison. 2ed. Porto Alegre: AMGH; 2015. 656p.
14. Flores-Sahagún JH, Análise do carcinoma basocelular a partir de análise infravermelha. [dissertação]. Curitiba, PR: Universidade Federal do Paraná; 2010. 95p.
15. Popim RC, Corrente JE. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(4):1331-6.
16. Mantese SÃO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma basocelular: análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. An Bras Dermatol. 2006; 81(2):136-42.
17. Nasser, N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. An Bras Dermatol. [Internet]. 2005 [citado en 28 may 2016]; 80(4):363-68. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000400006&lng=en&nrm=iso.
18. Silva AC, Tommaselli JTD, Corrêa MP. Estudo retrospectivo dos casos novos de câncer de pele diagnosticados na região de São Paulo, Brasil. Hygeia (Uberlândia). 2008; 4(7):1-14.
19. American Cancer Society. Basal and squamous cell skin cancer risk factors. [Internet]. Atlanta, Georgia: ACS; 2016 [citado en 29 may 2016]; Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/skincancer-basalandsquamouscell/detailedguide/skin-cancer-basal-and-squamous-cell-risk-factors>.
20. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima ABL, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. Psicol Teor Prat. 2011; 13(3):152-66.
21. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social Rev Panam Salud Publica. 2002; 11(5/6):365-73.
22. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.
23. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. 122 p.: il.

CONTRIBUCIONES

Ricardo Dias da Silva fue responsable por el esbozo del estudio, colecta de datos, análisis y redacción final del artículo. **Meyre Aparecida Inácio Dias** fue responsable por el colecta de datos y revisión final.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Silva RD, Dias MAI. Incidencia del carcinoma basocelular y espinocelular en usuarios atendidos en un hospital de câncer. REFACS [Internet]. 2017 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 5(2):228-234. Disponible en: *link de acceso*. DOI:

Cómo citar este artículo (ABNT)

SILVA, R. D.; DIAS, M. A. I. Incidencia del carcinoma basocelular y espinocelular en usuarios atendidos en un hospital de câncer. REFACS, Uberaba, MG, v. 5, n. 2, p. 228-234, 2017. Disponible en: *<link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI:

Cómo citar este artículo (APA)

Silva, R. D. & Dias, M. A. I. (2017). Incidencia del carcinoma basocelular y espinocelular en usuarios atendidos en un hospital de câncer. REFACS, 5(2), 228-234. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso*. *Agregar link de acceso*. DOI: