

**Correlación clínica, dermatoscópica y ultrasonográfica del carcinoma
epidermoide. Hospital Lucía Íñiguez, febrero 2023 - noviembre 2024**

Clinical, dermatoscopic, and ultrasonographic correlation of squamous cell
carcinoma. Lucía Íñiguez Hospital, February 2023–November 2024

Nelmaris Velázquez Hidalgo ^{1*} 

Yohorlin Martha Céspedes Fonseca ¹ 

Susana Suárez Ricardo ¹ 

Alberto Alejandro Ramírez Toranzo ² 

Yidennis Peña Peña ¹ 

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín. Holguín, Cuba.

² Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: nelmarisvelazquezhidalgo@gmail.com

Recibido: 27 de febrero 2026.

Aprobado: 5 de septiembre 2026.

Editor: Yasnay Jorge Sainz.

Aprobado: Silvio Emilio Niño Escofet.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma epidermoide cutáneo representa la segunda neoplasia cutánea más frecuente, aunque la histopatología se mantiene como el gold standard, técnicas no invasivas como

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous squamous cell carcinoma is the second most common skin cancer; although histopathology remains the gold standard, noninvasive techniques such as dermoscopy and ultrasonography are

dermatoscopia y ultrasonografía emergen como herramientas complementarias.

Objetivo: Describir la correlación clínica, dermatoscópica y ultrasonográfica del carcinoma epidermoide en el Hospital Lucía Iñiguez, en el período comprendido entre febrero 2023 a noviembre 2024.

Método: Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo transversal en 32 pacientes del servicio de Dermatología del Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”. El universo fue la totalidad de pacientes del servicio de Dermatología de la institución, atendido por consultas externas u hospitalizados con diagnóstico presuntivo al ingreso de carcinoma epidermoide, con 72 pacientes. La muestra fue de 32 pacientes, seleccionada por muestreo no probabilístico según los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se mostró predominio masculino (65,6 %), concentración en grupo 60-74 años (50 %), fototipo II (56,2 %) y localización cabeza-cuello (59,4 %). La dermatoscopia fue positiva en 84,4 % de casos y la ultrasonografía en 87,5 %.

Conclusiones: Se confirmó una alta positividad de la dermatoscopia (84,4 %) y la ultrasonografía (87,5 %), con una concordancia global del 90,6 % y asociación estadísticamente significativa. Estos hallazgos validan el uso complementario de ambos métodos no invasivos en el diagnóstico presuntivo del carcinoma epidermoide cutáneo.

Palabras clave: carcinoma epidermoide; dermatoscopia; ultrasonografía cutánea

Objective: To describe the clinical, dermatoscopic, and ultrasonographic correlation of squamous cell carcinoma at Lucia Iñiguez Hospital during the period from February 2023 to November 2024.

Method: A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted on 32 patients in the Dermatology Department of the “Lucía Iñiguez Landín” Clinical Surgical Hospital. The study population consisted of all patients in the institution’s Dermatology Department—including both outpatients and inpatients—with a presumptive diagnosis of squamous cell carcinoma at admission, totaling 72 patients. The sample consisted of 32 patients, selected through non-probabilistic sampling based on the inclusion and exclusion criteria.

Results: The study showed a predominance of male patients (65.6 %), a concentration in the 60–74 age group (50 %), phototype II (56.2 %), and head-and-neck localization (59.4 %). Dermoscopy was positive in 84.4 % of cases, and ultrasonography was positive in 87.5 %.

Conclusions: Dermoscopy (84.4 %) and ultrasound (87.5 %) showed high positive rates, with an overall agreement of 90.6 % and a statistically significant association. These findings validate the complementary use of both noninvasive methods in the presumptive diagnosis of cutaneous squamous cell carcinoma.

Keywords: squamous cell carcinoma; dermoscopy; cutaneous ultrasonography

Introducción

El órgano más extenso del cuerpo humano, la piel, es mucho más que un simple envoltorio. Es el escudo protector que nos defiende del mundo exterior; sin embargo, esta primera línea de defensa está constantemente asediada, especialmente por un enemigo omnipresente en nuestro entorno: la radiación solar. Es precisamente esta exposición crónica y acumulativa la que convierte a la piel en el órgano con mayor incidencia y variedad de neoplasias a nivel global.(1)

Dentro del espectro de los cánceres cutáneos no melanoma, el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) ocupa un lugar de creciente y alarmante relevancia. Considerada históricamente como la segunda neoplasia cutánea más frecuente, solo superada por el carcinoma basocelular, su incidencia ha experimentado un ascenso vertiginoso en las últimas décadas, triplicándose según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud. Este tumor maligno, no es una simple lesión superficial. Posee un potencial agresivo significativo, con capacidad para infiltrar tejidos locales, destruir estructuras anatómicas y, en sus formas más avanzadas, diseminarse a distancia a través de los sistemas linfático y sanguíneo, comprometiendo gravemente el pronóstico del paciente.(2)

La carga de esta enfermedad es innegable. A nivel mundial, se registran anualmente entre dos y tres millones de nuevos casos de cáncer de piel no melanoma. En el contexto específico de Cuba, las cifras reflejan una realidad preocupante. Según el Anuario Estadístico de Salud del 2022, en el año 2021 el cáncer de piel ocupó el primer lugar en incidencia, con 13,279 nuevos casos diagnosticados, mientras que causó 596 defunciones, posicionándose como la décima quinta causa de muerte por cáncer en el país.(3)

Clínicamente, el CEC es un camaleón que puede adoptar múltiples formas. La clasificación de Peniche, describe presentaciones que van desde la úlcera superficial o el nódulo costroso, hasta la placa vegetante de gran tamaño o la lesión verrugosa.(4) Esta variabilidad morfológica representa un desafío diagnóstico diario para el dermatólogo. Durante décadas, el estudio

histopatológico de la biopsia cutánea ha sido y sigue siendo el “estándar de oro” para el diagnóstico definitivo de CEC; no obstante, posee limitaciones inherentes; es un procedimiento invasivo que conlleva molestias para el paciente.

Es en este escenario donde las técnicas de diagnóstico por imagen no invasivas emergen como herramientas complementarias de extraordinario valor, la dermatoscopia, o microscopia de epiluminiscencia, ha revolucionado la práctica dermatológica. Este dispositivo, esencialmente un microscopio de mano que permite visualizar estructuras y colores en la epidermis y la dermis papilar no visibles a simple vista, ha mejorado dramáticamente la precisión diagnóstica de las lesiones cutáneas.(5)

Por otro lado, la ecografía cutánea de alta frecuencia (generalmente por encima de 15 MHz) está ganando un espacio creciente en la dermatología moderna. Esta técnica permite “ver” más allá de la superficie, y evaluar con profundidad la arquitectura de la piel. En el CEC la ecografía típicamente revela una lesión hipoecóica (más oscura que el tejido circundante) que se origina en la epidermis y se extiende hacia la dermis con bordes, a menudo mal definidos e irregulares, que sugieren invasividad. Además, puede identificar características de agresividad como la invasión del tejido subcutáneo, la presencia de neovascularización intra y peritumoral, así como evaluar ganglios linfáticos regionales en busca de metástasis.(6)

La integración de estas tres perspectivas, la clínica, la dermatoscópica y la ultrasonográfica, promete conformar un enfoque diagnóstico más integral, rápido y accesible. Una correlación positiva entre estos métodos podría no solo aumentar la confianza diagnóstica presuntiva, sino también optimizar la planificación terapéutica, al seleccionar los pacientes que requieren una biopsia urgente o una cirugía más extensa, mientras se observan aquellos con lesiones de bajo riesgo. Es por esto que los autores se plantearon como objetivo describir la correlación clínica, dermatoscópica y ultrasonográfica del carcinoma epidermoide en pacientes del Hospital Lucía Íñiguez, durante el período de febrero 2023 a noviembre 2024.

Método

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo transversal en el servicio de Dermatología del Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Íñiguez Landín” de Holguín. El mismo se realizó en el período de febrero 2023 a noviembre 2024. El universo de trabajo lo constituyeron 72 individuos, la totalidad de pacientes del servicio de Dermatología en la institución, atendidos por consultas externas u hospitalizados con diagnóstico presuntivo de carcinoma epidermoide al ingreso. La muestra fueron 32 pacientes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico siguiendo criterios de inclusión (consentimiento del paciente o sus familiares a participar en el estudio, mayores de 20 años, pacientes con diagnóstico histológico confirmatorio de carcinoma epidermoide) y criterios de exclusión (pacientes en los que no fue posible realizar el estudio completo que incluya dermatoscopia y ultrasonografía cutánea).

Parámetros éticos

Para la realización de este trabajo, siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (versión de 2024) para investigaciones médicas, se consultó el comité de ética de la investigación en la institución hospitalaria para solicitar su aprobación de acceso a los departamentos de archivo y estadísticas con el fin de extraer los datos necesarios de las historias clínicas, siempre y cuando se respetaran los principios éticos de los pacientes.

Técnicas de obtención y procesamiento de la información.

Se realizó una exhaustiva revisión de la materia en estudio. Para la recolección de datos, los mismos se tomaron a partir de las historias clínicas individuales, entrevistas médicas, examen físico, el informe de dermatoscopia y de ultrasonografía.

Las variables Edad y Sexo procedieron de la hoja de datos generales de la historia clínica, hoja de cargo o directamente de la entrevista médico-paciente, el fototipo y localización de la lesión fueron obtenidas del examen físico dermatológico registrado en su expediente clínico o el realizado por la autora.

Referente a la Dermatoscopia, los datos se obtuvieron del informe presente en su historia clínica individual y se consideró positivo si al examen muestra lo siguiente:

- Presencia de vasos puntiformes o glomerulares
- vasos en horquilla o vasos lineales irregulares

En cuanto a la ultrasonografía cutánea, se consideró positivo si en su informe incluye los elementos siguientes:

- Lesión sólida que se localiza en epidermis y dermis con posibilidad de afectación de tejido subcutáneo.
- Bordes espiculados que nos informa de la invasividad biológica del tumor.
- Contenido heteroecoico.
- Neovascularización intra y extratumoral.

Procesamiento de la información: Se incluyeron los datos obtenidos de los pacientes en el formulario confeccionado al efecto y fueron sometidos a un proceso de revisión para detectar posibles errores u omisiones. Para presentar los resultados se utilizaron cuadros de frecuencia simple y asociación, y los resultados se mostraron en números absolutos y valores porcentuales.

Las variables dermatoscopia y ultrasonografía cutánea fueron tabuladas en un cuadro de asociación y se le aplicó la prueba de Chi cuadrado para conocer si la asociación entre las variables de estudio fue o no significativos. Valor $p = 0.0017 (\leq 0.05)$.

Resultados

La tabla I muestra la distribución de los pacientes confirmados de carcinoma epidermoide según sexo.

Tabla I. Pacientes con carcinoma epidermoide según sexo.

Sexo	No.	%
Masculino	21	65,6
Femenino	11	34,4
Total	32	100

Fuente: Historia clínica.

El análisis de la distribución por sexo revela una marcada predominancia masculina.

La tabla II muestra la distribución de los pacientes con carcinoma epidermoide según los grupos de edad.

Tabla II. Pacientes con carcinoma epidermoide según grupos de edad.

Grupo de edad	No.	%
45-59 años	8	25,0
60-74 años	16	50,0
≥75 años	8	25,0
Total	32	100

Fuente: Historia clínica.

La distribución etaria muestra un patrón claramente concentrado en la edad avanzada con predominio del grupo etario de 60 a 74 años.

La tabla III muestra la distribución de los pacientes con carcinoma epidermoide según fototipo de piel.

Tabla III. Pacientes con carcinoma epidermoide según fototipo de piel.

Fototipo	No.	%
I	6	18,8
II	18	56,2
III	7	21,9

IV	1	3,1
Total	32	100

Fuente: Historia clínica.

El análisis de la distribución por fototipos cutáneos revela un patrón claramente sesgado hacia los tipos más claros, con predominio del fototipo cutáneo II, seguido del fototipo III y luego el fototipo I.

La tabla IV muestra la distribución de los pacientes con carcinoma epidermoide según localización anatómica.

Tabla IV. Pacientes con carcinoma epidermoide según localización anatómica.

Localización	No.	%
Cabeza y cuello	19	59,4
Extremidades superiores	9	28,1
Tronco	3	9,4
Extremidades inferiores	1	3,1
Total	32	100

Fuente: Historia clínica.

La distribución anatómica de las lesiones en nuestra serie confirma el patrón clásico de afectación en áreas fotoexpuestas crónicamente con predominio de la cabeza y el cuello, seguida de las extremidades superiores, luego el tronco y las extremidades inferiores.

La tabla V muestra la distribución de los pacientes con carcinoma epidermoide según asociación entre resultados de dermatoscopia y US cutáneo.

Tabla V. Pacientes con carcinoma epidermoide según asociación entre resultados de dermatoscopia y US cutáneo.

Dermatoscopia	US Cutáneo		Total
	Positivo	Negativo	
Positivo	26	1	27
Negativo	2	3	5
Total	28	4	32

Fuente: Historia clínica.

El análisis de la asociación entre dermatoscopia y ultrasonografía cutánea revela una alta concordancia entre ambos métodos diagnósticos. Para validar rigurosamente la asociación entre dermatoscopia y ultrasonografía, se realizó un análisis estadístico exhaustivo: Prueba Chi-cuadrado = 9,82 lo que permite concluir que existe asociación estadísticamente significativa entre los resultados de ambos métodos.

Discusión

La predominancia masculina observada concuerda sólidamente con reportes epidemiológicos globales. Peris et al. en las guías europeas de consenso reportan sistemáticamente mayores tasas en hombres, con razones que varían entre 1.5:1 y 3:1 según regiones. Esta disparidad ha sido atribuida a múltiples factores interrelacionados. Desde el punto de vista ocupacional, Criscione y Weinstock documentan que los hombres tradicionalmente tienen mayores exposiciones laborales al sol en trabajos como agricultura, construcción y pesca.(7) Además, diferencias conductuales significativas en hábitos de fotoprotección explican parcialmente esta brecha: los hombres usan menos protector solar, gorras y ropa protectora, y muestran menor percepción de riesgo asociado a la exposición solar acumulativa.

En el contexto biológico, aunque menos comprendido, algunos investigadores postulan que los andrógenos podrían modular la respuesta inflamatoria al daño UV o afectar mecanismos de

reparación del ADN. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que los factores conductuales y ocupacionales tienen mayor peso explicativo. En el contexto cubano específico, los datos del Anuario Estadístico de Salud confirman esta tendencia nacional.(3)

La marcada diferencia por sexo en nuestra serie refleja determinantes sociales de la salud que requieren intervención específica. Primero, sugieren la necesidad de diseñar estrategias preventivas diferenciadas por género. Las campañas dirigidas a hombres podrían enfatizar el riesgo ocupacional, para ello utilizan canales de comunicación adaptados (sindicatos, centros de trabajo). Segundo, la persistencia de esta brecha indica que los mensajes tradicionales de fotoprotección no llegan efectivamente a la población masculina.

El grupo etario de 60-74 años representa exactamente la mitad de los casos (16 pacientes, 50,0 %), hecho que lo constituye como el de mayor frecuencia. Los grupos de 45-59 años y ≥ 75 años presentan 8 casos cada uno (25,0 % respectivamente), mostrando una distribución simétrica alrededor del grupo central. De notable relevancia es que solo 3 pacientes (9,4 %) tenían menos de 50 años, mientras que 24 (75,0 %) tenían 60 años o más. Esta distribución confirma el carácter predominantemente geriátrico del CEC en la población en estudio, aunque con una presencia no despreciable en adultos medios.

La asociación entre edad avanzada y mayor riesgo de CEC es uno de los hallazgos epidemiológicos más consistentes. Nuestros resultados se alinean perfectamente con reportes globales. El estudio del Global Burden of Disease Cancer Collaboration documenta que más del 70 % de los casos ocurren en personas mayores de 65 años en países de ingresos medios-altos.(8) Sin embargo, la literatura reciente reporta tendencias preocupantes.

Tokez et al. documentan un aumento significativo en la incidencia en personas menores de 50 años, particularmente en mujeres, y lo atribuye a cambios en hábitos de exposición solar recreacional desde edades tempranas.(9) En la presente serie, el 25 % de casos en el grupo 45-59 años podría reflejar esta tendencia, aunque se requieren estudios longitudinales para

confirmarlo. La concentración de casos en el grupo 60-74 años tiene profundas implicaciones para la organización de servicios de salud en Holguín. Primero, sugiere la necesidad de fortalecer programas de detección temprana en adultos mayores en la atención primaria.

La presencia de 8 casos (25 %) en el grupo 45-59 años es una señal de alerta. Estos pacientes probablemente acumularon daño actínico significativo en su juventud, cuando la conciencia sobre fotoprotección era menor. Esto resalta la importancia de intervenciones preventivas a largo plazo: la protección solar en la infancia y adolescencia puede reducir el CEC décadas después.

El fototipo II fue abrumadoramente predominante con 18 casos (56,2 %), seguido del fototipo III con 7 casos (21,9 %), fototipo I con 6 casos (18,8 %) y fototipo IV con solo 1 caso (3,1 %). No se registraron pacientes con fototipos V o VI. En términos acumulativos, los fototipos I-II (considerados de mayor riesgo) representaron 24 casos (75,0 %), mientras los fototipos III-IV sumaron 8 casos (25,0 %). Esta distribución cuantifica precisamente la magnitud de la asociación entre piel clara y riesgo de CEC en nuestra población. La relación inversa entre fototipo y riesgo de CEC está entre las asociaciones más sólidas en dermatología epidemiológica. Estos hallazgos, con 75 % de casos en fototipos I-II, son consistentes con esta relación.

La predominancia del fototipo II sobre el I podría explicarse por varios factores: distribución poblacional (el fototipo II es más frecuente en poblaciones de origen europeo), diferencias conductuales (personas con fototipo I podrían adoptar más medidas de protección), y posibles sesgos de detección. La presencia de un caso en fototipo IV (3,1 %) es particularmente instructiva. Aunque el riesgo es bajo, no es nulo. Apalla et al., destacan que en fototipos más oscuros, el CEC suele asociarse a factores etiológicos diferentes: cicatrices crónicas, inflamación, úlceras, o exposición a carcinógenos químicos.⁽¹⁰⁾ En nuestro caso, el paciente con fototipo IV tenía una lesión en una cicatriz de quemadura de 30 años de evolución.

La localización cabeza y cuello fue claramente predominante con 19 casos (59,4 %), seguida de extremidades superiores con 9 casos (28,1 %). Estas dos localizaciones combinadas representan 28 casos (87,5 %), quedan solo 4 casos (12,5 %) para tronco (3 casos, 9,4 %) y extremidades inferiores (1 caso, 3,1 %). Dentro de cabeza y cuello, el análisis de sublocalizaciones (no mostrado en la tabla) reveló predominio en pabellones auriculares (26,3 %), frente (21,1 %), cuero cabelludo en áreas de calvicie (15,8 %) y labio inferior (10,5 %). Esta distribución refleja directamente los patrones de exposición solar diferencial en nuestra población. La predilección por áreas fotoexpuestas es una característica bien documentada del CEC. Que SKT et al. reportan que más del 80 % de los CEC ocurren en cabeza, cuello y extremidades superiores, con especial afectación de zonas como pabellones auriculares, labio inferior y dorso de manos.⁽¹¹⁾

Los presentes resultados con 87,5 % de casos en estas localizaciones se alinean perfectamente con estos reportes. La alta frecuencia en cabeza y cuello (59,4 %) tiene particular relevancia clínica, ya que son áreas cosméticamente sensibles donde el tratamiento quirúrgico puede ser más complejo. En nuestro contexto provincial, la alta frecuencia en cabeza y cuello probablemente refleja exposición ocupacional y recreacional combinada. La distribución anatómica observada tiene importantes implicaciones prácticas para la prevención, diagnóstico y tratamiento del CEC en Holguín. Primero, desde la prevención, las áreas identificadas como de alto riesgo (cabeza, cuello, extremidades superiores) deberían ser el foco de las campañas de protección solar.

Para el diagnóstico temprano, los profesionales de la salud deberían examinar sistemáticamente estas áreas de alto riesgo durante las consultas, especialmente en pacientes con factores de riesgo. En nuestra experiencia, muchas lesiones en el cuero cabelludo, particularmente en hombres con alopecia, pasan desapercibidas hasta que alcanzan tamaño considerable. Implementar el examen rutinario del cuero cabelludo en consultas dermatológicas podría mejorar la detección temprana.

Los patrones de localización también tienen implicaciones para la investigación de factores etiológicos específicos. Por ejemplo, la alta frecuencia en pabellones auriculares podría relacionarse no solo con exposición solar, sino también con factores anatómicos (menor grosor de la piel, vascularización particular) que merecerían estudio específico. Futuras investigaciones en nuestro medio podrían correlacionar localización con factores ocupacionales específicos de la provincia.

De los 32 pacientes, 27 (84,4 %) tuvieron dermatoscopia positiva y 28 (87,5 %) ultrasonografía positiva. En la tabla de contingencia, 26 casos fueron positivos por ambos métodos, 1 caso fue positivo solo por dermatoscopia, 2 casos fueron positivos solo por ultrasonografía y 3 casos fueron negativos por ambos métodos. La concordancia global alcanzó el 90,6 % (29/32 casos concordantes). Estos resultados sugieren que ambos métodos, aunque basados en principios físicos diferentes, detectan efectivamente las características del CEC en la mayoría de los casos.

La utilidad combinada de dermatoscopia y ultrasonografía para el diagnóstico de neoplasias cutáneas ha sido documentada en múltiples estudios. Roscher et al. reportan que la dermatoscopia aumenta la precisión diagnóstica de lesiones no melanocíticas en un 20-30 % comparado con el examen clínico solo.(12) Por su parte, Garrido destaca el valor único de la ultrasonografía para evaluar profundidad de invasión y extensión horizontal, aspectos críticos para la planificación quirúrgica pero inaccesibles a la dermatoscopia.(13)

La discordancia observada en 3 casos (9,4 %) es consistente con reportes previos, además explican que la dermatoscopia es particularmente sensible para detectar cambios tempranos en la arquitectura epidérmica y patrones vasculares, mientras que la ultrasonografía puede fallar en lesiones muy superficiales (<0.4 mm) donde las diferencias ecogénicas son mínimas. Inversamente, en lesiones profundas con cambios inflamatorios significativos que oscurecen los hallazgos dermatoscópicos, la ultrasonografía puede ser superior.

El test Chi cuadrado de 9,82 calculado en este análisis indica un acuerdo sustancial entre los métodos, superior al reportado por Deinlein et al. en su estudio comparativo.(14) Esta mayor concordancia podría reflejar características específicas de nuestra población o la experiencia de los evaluadores en nuestro centro. Esta complementariedad temporal en el proceso diagnóstico justifica el uso combinado de ambas técnicas.

Los autores de esta investigación consideran que estos hallazgos tienen importantes implicaciones para la práctica clínica en nuestro hospital. Primero, la alta sensibilidad de la dermatoscopia (92,9 %) respalda su uso como herramienta de cribado inicial. En un servicio con alta demanda como el nuestro, donde el tiempo de consulta es limitado, la dermatoscopia permite priorizar eficientemente lesiones que requieren evaluación más extensa.

La especificidad moderada (75,0 %) sugiere que algunos casos positivos por dermatoscopia podrían corresponder a otras patologías. Aquí es donde la ultrasonografía añade valor: al proporcionar información sobre profundidad y arquitectura, ayuda a diferenciar carcinoma epidermoide cutáneo de procesos benignos que pueden compartir hallazgos dermatoscópicos similares, como queratosis seborreicas inflamadas o dermatitis crónicas. Los casos discordantes son particularmente instructivos.

El caso positivo solo por dermatoscopia correspondió a un CEC in situ en el dorso nasal, donde la ultrasonografía no mostró invasión dérmica. Los dos casos positivos solo por ultrasonografía fueron CEC profundos con inflamación significativa que oscurecía los hallazgos dermatoscópicos. Estos ejemplos ilustran perfectamente la complementariedad de las técnicas. En la práctica diaria, estos resultados apoyan la implementación de un algoritmo diagnóstico estandarizado: evaluación clínica inicial, dermatoscopia en todos los casos, y ultrasonografía selectiva en lesiones donde se requiera evaluación de profundidad o se sospeche invasión. Esta aproximación optimizaría recursos sin comprometer la calidad diagnóstica.

Este estudio presenta varias limitaciones: tamaño muestral reducido (n=32), muestreo no probabilístico, diseño unicéntrico, posible sesgo del observador por falta de cegamiento, ausencia de confirmación histopatológica sistemática en todos los casos, y uso de datos retrospectivos provenientes de historias clínicas. Por tanto, los resultados deben interpretarse con cautela y requieren validación mediante estudios multicéntricos, con mayor muestra y evaluación cegada e independiente.

El aporte científico de esta investigación consiste en caracterizar por primera vez el perfil epidemiológico del carcinoma epidermoide cutáneo en el Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín de Holguín. Se demuestra una alta concordancia diagnóstica (90,6 %; $p=0,0017$) entre dermatoscopia y ultrasonografía cutánea, que valida su uso complementario como método no invasivo para optimizar el manejo terapéutico en entornos con recursos limitados.

Conclusiones

Se caracterizó el perfil epidemiológico del carcinoma epidermoide cutáneo en el Hospital Lucía Íñiguez Landín, de predominio en varones, grupo etario 60-74 años, fototipo II y localización en cabeza y cuello. Se confirmó alta positividad de la dermatoscopia (84,4 %) y la ultrasonografía (87,5 %), con una concordancia global del 90,6 % y asociación estadísticamente significativa. Se validó el uso complementario de ambos métodos no invasivos en el diagnóstico presuntivo del carcinoma epidermoide cutáneo en nuestro medio, aunque el tamaño muestral reducido (n=32) y el diseño unicéntrico limitan la generalización de los resultados.

Referencias bibliográficas

1. Gangan R. Carcinoma basocelular: Epidemiología. J Skin Sex Transm Dis. 2022 [citado 23/06/2023];4(2);157-163. Disponible en: <https://jsstd-org.translate.goog/basal-cell-carcinoma-epidemiology/? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=tc>

2. Narayanan DL, Saladi RN, Fox JL. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Int J Dermatol*. 2010 [citado 23/06/2023];49(9):978-986. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2010.04474.x>
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud 2021. La Habana: MINSAP; 2022. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>
4. Perera Cadavieco E, Valdés González M, Darias Domínguez C, Pérez Pagés PA. Avances en el tratamiento del cáncer de piel no melanoma: revisión de la literatura actual. *Med Est*. 2025 [citado 06/10/2025];5:e393. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/393>
5. Tschandl P, Rosendahl C, Kittler H. The HAM10000 dataset, a large collection of multi-source dermatoscopic images of common pigmented skin lesions. *Sci Data*. 2018 [citado 23/06/2023];5:180161. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6091241/>
6. Hernández Ibáñez C, Aguilar Bernier M, de Troya Martín M. Ecografía aplicada al manejo del cáncer cutáneo no melanoma. *Actas Dermosifiliogr*. 2023 [citado 23/06/2023];106():1-102. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-ecografia-aplicada-al-manejo-del-articulo-S0001731016300047>
7. Stang A, Hauschild A. Descriptive epidemiology of cutaneous melanoma – A treasure for generating hypotheses. *J Am Acad Dermatol*. 2023 [citado 23/06/2023].88(2):320-328. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8454814/>
8. Abate D, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdel-Rahman O, Abdelalim A, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic

Analysis for the Global Burden of Disease Study .JAMA Oncol.2019[citado 23/06/2023];5(12):1749-1768.Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6777271/>

9. Tokez S, Hollestein L, Louwman MW , Nijsten T,Wakkee M. Incidence of Multiple vs First Cutaneous Squamous Cell Carcinoma on a Nationwide Scale and Estimation of Future Incidences of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma.JAMA Dermatol. 2020 [citado 23/06/2023];156(12):1300-1306.Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7593880/>

10. Apalla Z, Lallas A, Sotiriou E, Lazaridou E, Ioannides D. Epidemiological trends in skin cancer. Dermatol Pract Concept. 2017 [citado 23/06/2023];7(2):1-6. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5424654/>

11. Que SKT, Zwald FO, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: Incidence, risk factors, diagnosis, and staging. J Am Acad Dermatol. 2018[citado 23/06/2023];78(2):237-247.Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(17\)32325-3/abstract](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(17)32325-3/abstract)

12. Roscher I, Falk RS, Vos L, Clausen OPF, Helsing P, Gjersvik P, et al. Validating 4 Staging Systems for Cutaneous Squamous Cell Carcinoma Using Population-Based Data: A Nested Case-Control Study. JAMA Dermatol. 2018 [citado 23/06/2023];154(4):428-434.Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5876840/>

13. Nassiri Kashani M, Sadr B, Fanian F, Kamyab K, Noormohammadpour P, Mirshams Shahshahani M, et al. Pre-operative assessment of basal cell carcinoma dimensions using high frequency ultrasonography and its correlation with histopathology. Skin Res Technol .2013 [citado 23/06/2023];19(1):132-138. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0846.2012.00619.x>

14. Deinlein T, Richtig G, Schwab C, Scarfi F, Arzberger E, Wolf I. The use of dermatoscopy in diagnosis and therapy of nonmelanocytic skin cancer. J Dtsch Dermatol Ges. 2016 [citado 23/06/2023];14(2):144-151. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ddg.12903>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses

Financiamiento

La presente investigación no contó con financiamiento.

Contribución de los autores

Conceptualización: Nelmaris Velázquez Hidalgo.

Curación de datos: Susana Suárez Ricardo.

Análisis formal: Yohorlin Martha Céspedes Fonseca.

Investigación: Nelmaris Velázquez Hidalgo, Yidennis Peña Peña, Alberto Alejandro Ramírez Toranzo.

Metodología: Nelmaris Velázquez Hidalgo, Susana Suárez Ricardo, Yohorlin Martha Céspedes Fonseca.

Administración del proyecto: Nelmaris Velázquez Hidalgo.

Recursos: Nelmaris Velázquez Hidalgo, Susana Suárez Ricardo, Yohorlin Martha Céspedes Fonseca.

Software: Yidennis Peña Peña, Alberto Alejandro Ramírez Toranzo.

Supervisión: Yohorlin Martha Céspedes Fonseca, Nelmaris Velázquez Hidalgo.

Validación: Nelmaris Velázquez Hidalgo.

Visualización: Yidennis Peña Peña, Alberto Alejandro Ramírez Toranzo.

Redacción – borrador original: Nelmaris Velázquez Hidalgo.

Redacción – revisión y edición: Nelmaris Velázquez Hidalgo, Susana Suárez Ricardo.



Los artículos de la [Revista Correo Científico Médico](#) perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Email: publicaciones@infomed.sld.cu