ISSN: 0121-0319 | eISSN: 1794-5240

CC BY

Vol. 39
n.º 2 de 2026

Médicas UIS

Dermatología Artículo Original

Estudio descriptivo sobre la prevalencia de cáncer de piel en Antioquia entre 2018 y 2022

Descriptive study on the prevalence of skin cancer in Antioquia between 2018 and 2022

Isabela Arango-Henao[1]; Sofía Barrientos-Villegas[1]; Manuel Falla-Hoyos[1]; Sarah Giraldo-Hernández[1]; Sara María Mejía-Castro[1]*; Elsa María Vasquez-Trespalacios[1]

[1] Universidad CES. Medellín, Colombia.

*** Autora de correspondencia:** Sara María Mejía-Castro, Calle 10A #22-04, Universidad CES, Medellín, Colombia. **E-mail:** mejiac.sara@uces.edu.co

Historia del Artículo

Recibido: 07 de diciembre de 2024
Aceptado: 11 de abril de 2026
Publicado: 31 de mayo de 2026

Resumen:

Introducción: el cáncer de piel es uno de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel global y su incidencia ha ido en aumento. En Antioquia, aunque es una patología relevante, existen pocos datos, lo que dificulta su prevención y adecuado manejo. **Objetivo:** describir la prevalencia del cáncer de piel en Antioquia entre 2018 y 2022, considerando variables sociodemográficas y clínicas. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo con datos de 5278 pacientes diagnosticados con cáncer de piel en Antioquia entre 2018 y 2022. Los datos fueron obtenidos de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Se excluyeron los registros con más del 10 % de datos faltantes. Se analizaron variables como edad, sexo, subregión, tipo de cáncer, grado de diferenciación y método diagnóstico. Se aplicaron pruebas estadísticas descriptivas y analíticas para identificar asociaciones significativas. **Resultados:** el mayor número de casos se presentó en personas mayores de 65 años (62,4 %), con una ligera predominancia masculina (51 %). El Valle de Aburrá concentró la mayor parte de los casos, siendo más frecuente el cáncer de piel en áreas no especificadas de la cara (29 %). Se observó una relación significativa entre el método diagnóstico y el grado de diferenciación del cáncer ($p<0,0001$). **Conclusiones:** el cáncer de piel en Antioquia afecta principalmente a personas mayores, con alta concentración de casos en el Valle de Aburrá. El estudio destaca la necesidad de mejorar las estrategias de prevención y personalizar el manejo según el método diagnóstico y el grado de diferenciación del cáncer.

Palabras claves: neoplasias cutáneas; prevalencia; Antioquia; carcinoma in situ; grado de diferenciación; melanoma; epidemiología descriptiva.

¿Cómo citar este artículo? Arango-Henao I, Barrientos-Villegas S, Falla-Hoyos M, Giraldo-Hernández S, Mejía-Castro SM, Vásquez-Trespalacios EM. Estudio descriptivo sobre la prevalencia de cáncer de piel en Antioquia entre 2018 y 2022. Med. UIS. 2026;39(2):61-71. DOI: https://doi.org/10.18273/revmed.v39n2-2026008

Abstract:

Introduction: skin cancer is one of the most common types, after breast, prostate, lung, colorectal and cervical cancer, globally, and its incidence has been increasing. In Antioquia, despite its relevance, there is a lack of precise data, which complicates the prevention and adequate management of this condition. Objective: this study aimed to describe the prevalence of skin cancer in Antioquia between 2018 and 2022, considering variables such as age, sex, subregion, and diagnostic methods. **Materials and Methods:** a descriptive study was conducted with data from 5278 patients diagnosed with skin cancer in Antioquia during the study period. The data were obtained from the Departmental Health and Social Protection Directorate of Antioquia, and records with more than 10 % missing data were excluded. The relationships between age, sex, subregion, type of cancer, tumor differentiation and diagnostic method were analyzed, applying statistical tests to identify significant associations. **Results:** the highest number of cases occurred in people over 65 years old, representing 62,4 % of the total, with a slight predominance in men (51 %). The Valle de Aburrá was the subregion with the most cases, with skin cancer in unspecified areas of the face being the most common (29 %). A significant relationship was found between the diagnostic method and the degree of cancer differentiation (p<0,0001). **Conclusions:** skin cancer in Antioquia primarily affects older adults, with a high concentration of cases in the Valle de Aburrá. The study highlights the need to improve prevention strategies and to personalize management based on the diagnostic method and the degree of cancer differentiation.

Keywords: skin neoplasms; prevalence; Antioquia; carcinoma in situ; degree of differentiation; melanoma; descriptive epidemiology.

Introducción

El cáncer de piel representa una amenaza para la salud pública a nivel mundial, y se estima que su incidencia aumentará considerablemente en los próximos veinte años si no se diagnostica en una etapa temprana[1]. Su etiología se basa principalmente en la proliferación anormal de células cutáneas, causada por daño no reparado en el ADN, producto de mutaciones genéticas o defectos en el mismo. La piel está compuesta por dos capas principales: la epidermis, que contiene células epiteliales y melanocitos pigmentados, y la dermis, que es la capa inferior formada por tejido conectivo que alberga vasos sanguíneos, folículos pilosos y glándulas sudoríparas. Cuando ocurren mutaciones en los melanocitos de la piel surge el cáncer denominado melanoma maligno, una de las formas más agresivas de cáncer de piel. Por otro lado, el cáncer de piel no melanoma (CPNM) es el tipo más común de cáncer de piel a nivel mundial y se origina en la epidermis. Según el tipo de células involucradas, se clasifica en carcinoma de células escamosas (CCE) y carcinoma de células basales (CCB). El CPNM rara vez migra a los tejidos más profundos de la epidermis si no se detecta a tiempo. Solo puede eliminarse fácilmente cuando se diagnostica en una etapa temprana[1].

Los factores de riesgo pueden dividirse en modificables, donde destaca la exposición a radiación ultravioleta (UV), los ictus solares y el bronceado artificial. Por otro lado, se encuentran los factores no modificables, como la edad, el sexo, la raza, el fototipo bajo, los antecedentes familiares y las variantes genéticas[2]. En promedio, el riesgo de una persona de tener melanoma se duplica si esta tiene más de cinco ictus solares en su vida; sin embargo, el uso regular de un antisolar SPF 15 o superior reduce este riesgo en un 50 %[3]. A pesar de esto, la práctica de bronceado artificial en cámaras de luz UV sigue en uso, aunque se haya demostrado su carcinogenicidad[4,5]. Otros factores que han contribuido al aumento de la incidencia del melanoma en los últimos años incluyen: el envejecimiento poblacional, cambios en el estilo de vida, como el uso de prendas de vestir que dejan más piel expuesta y actividades al aire libre, y la falta de una adecuada recepción y comprensión por parte de la población respecto a las campañas de prevención primaria y secundaria[6].

Por ello, es fundamental adoptar medidas preventivas, de tamización y evaluaciones periódicas. Existen diferentes herramientas de prevención primaria y secundaria como la reducción de la exposición a la radiación UV mediante protección física, tópica o sistémica[2], así como la creación de campañas educativas para mejorar la comprensión de esta patología. La evaluación clínica del paciente de forma detallada constituye el primer paso en la identificación de lesiones sospechosas de malignidad en la piel, seguido de herramientas diagnósticas tales como la dermatoscopia, biopsia y la evaluación histopatológica[7]. Asimismo, la mnemotecnia ABCDE (asimetría, bordes, color, diámetro y evolución) es una

herramienta útil para recordar los signos típicos de un melanoma.

En el 2022, según el Observatorio Global del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se presentaron 1'566 255 casos por cáncer de piel, de los cuales 1'234 533 correspondieron a CPNM, y 331 722 a melanoma; este último es el que más se asocia con una alta mortalidad[8, 9]. En Colombia, el cáncer es la tercera causa de mortalidad[10], sin embargo, los datos epidemiológicos sobre el melanoma cutáneo y sobre su comportamiento han sido insuficientes[11]. Globalmente, en la década de 2014-2024, el diagnóstico anual de melanoma invasivo de novo aumentó en un 32 %, debido a una mayor detección, gracias a los controles médicos y a un incremento en el número de consultas por dermatología, lo que representa una mayor conciencia de los pacientes en cuanto al cuidado de su salud[3]. De la misma manera, en Colombia y en el mundo, la incidencia del cáncer de piel es un fenómeno en crecimiento, con datos extensamente desconocidos, lo cual genera una posible subestimación de la información que tenemos actualmente[12].

En Antioquia, se excluye el cáncer de piel de estudios avalados por la DSSYPSA (Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia) debido a que no se emplea el registro de los carcinomas basocelulares y carcinomas in situ de piel por su alta frecuencia y bajo grado de agresividad, a excepción de los melanomas in situ. Por esta razón, este estudio tiene como objetivo describir la prevalencia del cáncer de piel en Antioquia entre los años 2018 y 2022, en relación con variables como la edad, el sexo, las características sociodemográficas y los métodos diagnósticos utilizados, con el fin de caracterizar su comportamiento epidemiológico en la población estudiada.

Materiales y métodos

Este estudio descriptivo permite analizar cómo se ha presentado el cáncer de piel en el departamento de Antioquia durante un período de 4 años, considerando diversas características sociodemográficas de la población.

Para recolectar la información se realizó una solicitud formal a la DSSYPSA; a partir de la base de datos suministrada por esta entidad se accedió a los registros de 5278 pacientes que se diagnosticaron con cáncer de piel entre 2018 y 2022 en el departamento de Antioquia. Se tomó información de fuentes secundarias para desarrollar este estudio, tales como la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), miembro de la OMS; PubMed; Academia Española de Dermatología y Venereología; Gerencia de Salud Pública Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; Oxford University Press; Revista Mexicana de Dermatología, y el Instituto Nacional de Cancerología - ESE (Colombia). Se conoce que los registros de la base de datos suministrada por la DSSYPSA fueron diligenciados por especialistas estandarizados y capacitados en la Gobernación de Antioquia. Como criterio de inclusión se incorporaron los registros en la base de datos suministrada por la DSSYPSA de pacientes diagnosticados con cáncer de piel en el departamento de Antioquia entre los años 2018 y 2022, y como criterios de exclusión se descartaron aquellos que tuvieran más del 10 % de los datos perdidos en el intervalo de tiempo previamente citado.

Se identificaron y establecieron variables contempladas en este estudio a través de una exhaustiva búsqueda de información, que incluye revisión de bibliografías pertinentes, con el fin de ofrecer conclusiones actualizadas acerca del cáncer de piel en el departamento de Antioquia. Se abarca la relación entre diferentes variables del paciente incluidas las sociodemográficas como sexo, edad al diagnóstico, fecha de nacimiento y defunción, aseguramiento en salud y municipio de residencia; y variables clínicas como tipo de cáncer de piel, herramienta diagnóstica, localización primaria, lateralidad, grado de diferenciación y tipo de patología tomado del Código CIE 10 (tabla 1)[13]. Adicionalmente, se presenta la distribución de casos de cáncer de piel por edad y sexo en el departamento de Antioquia, se usa el grado de diferenciación (indiferenciado, pobremente diferenciado, moderadamente diferenciado, bien diferenciado, otros (células B, células T, Natural Killer, nulas) y no indicado/aplicable) para conocer si existe una relación estadística entre el sexo, subregión y método diagnóstico. Por último, se calcula la asociación en cuanto al tipo de diagnóstico de cáncer de piel (in situ o maligno) frente al sexo, subregión y método diagnóstico.

Tabla 1. Tipo de patología según el código CIE 10.

Tipo de código CIE 10	Nombre de la patología referente al código CIE 10
C440	Tumor maligno de la piel del labio
C441	Tumor maligno de la piel del parpado, incluida la comisura palpebral
C442	Tumor maligno de la piel de la oreja y del conducto auditivo externo
C443	Tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara
C444	Tumor maligno de la piel del cuero cabelludo y del cuello
C445	Tumor maligno de la piel del tronco
C446	Tumor maligno de la piel del miembro superior incluido el hombro
C447	Tumor maligno de la piel del miembro inferior incluida la cadera
C448	Lesión (neoplásica) de sitios contiguos de la piel (cualquier localización)
C449	Tumor maligno de la piel, sitio no especificado

Fuente: elaboración propia.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cuantitativas se evaluaron mediante pruebas de normalidad y se describieron como media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según la distribución. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes.

Para la comparación de dos grupos independientes se utilizaron las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, y para más de dos grupos, ANOVA o Kruskal-Wallis. Las variables categóricas se analizaron mediante chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró un valor de $p<0,05$ como significativo.

Resultados

En el presente estudio se obtuvieron datos de un total de 5278 registros de pacientes, de los cuales no se realizaron exclusiones por tener la completitud de la información en las variables de interés.

El grupo de edad en el que se presentó un mayor número de casos es en el de personas mayores de 65 años con un 62,4 %. En la tabla 2 se evidencia el incremento en la frecuencia de tumores de piel con el aumento de la edad, lo cual afecta de forma muy similar a ambos sexos, pero con un porcentaje mayor (51 %) a los hombres. De las diferentes subregiones evaluadas, el Valle de Aburrá reporta la mayoría de los casos (71,3 %), frente a una menor cantidad de casos en regiones cómo Bajo Cauca (1,1 %) y Magdalena Medio (0,9 %). Se registró una prevalencia intermedia en regiones tales como Oriente (13,3 %), Urabá (1,9 %) y Norte (2,3 %). El diagnóstico más común obtenido fue el tumor maligno de piel de otras partes y de las no especificadas de cara (29 %). Sin embargo, se evidencia en la tabla 2 que los tumores también son frecuentes en los miembros superiores (14,3 %), el tronco (11,2 %) y los miembros inferiores (10,3 %). Los tumores en el labio y en el conducto auditivo externo son menos comunes. El diagnóstico, en su gran mayoría, se realizó por diagnóstico histológico.

Tabla 2. Distribución tumores de piel por edad, sexo y región.

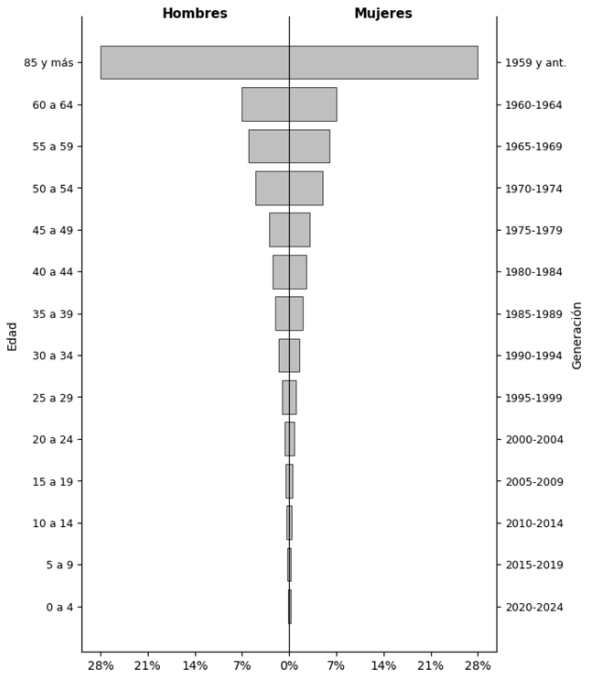
Característica	Frecuencia	Porcentaje
Grupo edad		
0-4	7	0,1
15-19	17	0,3
20-24	38	0,7
25-29	56	1,1
30-34	99	1,9
35-39	142	2,7
40-44	177	3,4
45-49	216	4,1
50-54	302	5,7
55-59	401	7,6
60-64	498	9,4
65 o más	3294	62,4
Sexo		
Femenino	2584	49
Masculino	2694	51
Subregión		
Bajo Cauca	58	1,1
Magdalena Medio	48	0,9
Nordeste	70	1,3
Norte	122	2,3
Occidente	72	1,4
Oriente	702	13,3
Suroeste	106	4,5
Urabá	237	1,9
Valle de Aburrá	99	71,3
Código CIE10		
C440	96	1,8
C441	157	3
C442	298	5,6
C443	1530	29
C444	442	8,4
C445	593	11,2
C446	756	14,3
C447	542	10,3
C448	70	1,3
C449	794	15
Clasificación internacional de enfermedades para oncología (CIEO)		
In situ	430	8,1
Maligno	4848	91,9
Grado de diferenciación		
Probablemente diferenciado	71	1,3
Bien diferenciado	1475	27,9
Células B	7	0,1
Células NK	1	<0,001
Células nulas	15	0,3
Células T	6	0,1
Indiferenciado	28	0,5
Moderadamente diferenciado	355	6,7

Método diagnóstico		
Certificado defunción	1	<0,001
Citología	2	<0,001
Histología	3089	58,5
Imagenología	1	<0,001
Marcadores tumorales	269	5,1
Procedimientos clínicos	426	8,1

Fuente: elaboración propia.

En la figura 1, la distribución de los casos de cáncer de piel por edad y sexo muestra una mayor frecuencia en personas de 65 años o más, con una disminución progresiva en grupos etarios más jóvenes. Además, los hombres presentan una mayor frecuencia de casos en comparación con las mujeres, especialmente en edades avanzadas. En las personas por debajo de los 30 años, la frecuencia es muy baja.

Figura 1. Distribución de los casos de cáncer de piel por edad y sexo.



Fuente: elaboración propia.

Cuando se analiza cómo se distribuye el grado de diferenciación al diagnóstico según características demográficas y clínicas, se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo y el grado de diferenciación de las células cancerosas, siendo el bien diferenciado el más frecuente en ambos sexos, excluyendo los no indicado/no aplicable (tabla 3). Asimismo, en la distribución de casos por subregión según el grado de diferenciación se encuentra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, sin embargo, el método diagnóstico utilizado sí puede influir en el tipo y grado de diferenciación del cáncer de piel detectado; la histología es el método diagnóstico más común y presenta una fuerte relación con los casos bien diferenciados.

Tabla 3. Análisis de grado de diferenciación de tumores por características demográficas y método de diagnóstico.

	Grado de diferenciación						
Característica	**Indiferenciado**	**Pobremente diferenciado**	**Moderadamente diferenciado**	**Bien diferenciado**	**Otros (células B, T, NK, nulas)**	**No indicado/no aplicable**	**Valor de P**
Sexo							
Masculino	15 (0,6)	39 (1,4)	194 (7,2)	793 (29,4)	9 (0,3)	1644 (61)	0,002
Femenino	13 (0,5)	32 (1,2)	161 (6,2)	682 (26,4)	20 (0,8)	1676 (64,9)	
Subregión							
Bajo Cauca	<0,001	1 (1,7)	9 (15,5)	18 (31)	<0,001	30 (51,7)	0,099
Magdalena Medio	<0,001	<0,001	4 (8,3)	9 (18,8)	<0,001	35 (72,9)	
Nordeste	<0,001	<0,001	8 (11,4)	14 (20,0)	1 (1,4)	47 (67,1)	
Norte	2 (1,6)	1 (0,8)	11 (9,0)	33 (27,0)	<0,001	75 (61,5)	
Occidente	1 (1,4)	1 (1,4)	4 (5,6)	19 (26,4)	1 (1,4)	46 (63,9)	
Oriente	2 (0,3)	11 (1,6)	48 (6,8)	225 (32,1)	2 (0,3)	414 (59,0)	
Suroeste	<0,001	2 (0,8)	19 (8,0)	73 (30,8)	1 (1,4)	142 (59,9)	
Urabá	1 (1,0)	<0,001	8 (8,1)	29 (29,3)	2 (2,0)	59 (59,6)	
Valle de Aburrá	22 (0,6)	55 (1,5)	240 (6,4)	1045 (27,8)	22 (0,6)	2380 (63,2)	
Método diagnóstico							
Certificado defunción	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	1 (100,0)	<0,001	<0,001
Citología	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	2 (100,0)	
Histología	21 (0,7)	34 (1,1)	214 (6,9)	751 (24,3)	13 (0,4)	2056 (66,6)	
Imagenología	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	1 (100,0)	
Marcadores tumorales	<0,001	6 (2,2)	6 (2,2)	4 (1,5)	<0,001	253 (94,1)	
Procedimientos clínicos	<0,001	<0,001	13 (3,1)	114 (26,8)	<0,001	299 (70,2)	

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al tipo de diagnóstico de cáncer de piel (in situ o maligno), no hay evidencia significativa de una asociación entre el sexo y el tipo de diagnóstico, pero al analizar la distribución de casos según la subregión, existe una relación estadísticamente significativa no atribuible al azar. A su vez, el método diagnostico también presenta una fuerte asociación con el tipo de diagnóstico, como se evidencia en la tabla 4.

Tabla 4. Análisis de distribución de tumores por grado de malignidad y método de diagnóstico.

Clasificación internacional de enfermedades para oncología (CIE-O)				
Característica	**Total**	***In situ***	**Maligno**	**Valor de p**
Sexo				
Masculino	2694 (100,0)	209 (7,8)	2485 (92,2)	0,158
Femenino	2584 (100,0)	221 (8,6)	2363 (91,4)	
Subregión				
Bajo Cauca	58 (100,0)	4 (6,9)	54 (93,1)	<0,001
Magdalena Medio	48 (100,0)	3 (6,3)	45 (93,8)	
Nordeste	70 (100,0)	4 (5,7)	66 (94,3)	
Norte	122 (100,0)	8 (6,6)	114 (93,4)	
Occidente	72 (100,0)	4 (5,6)	68 (94,4)	
Oriente	702 (100,0)	71 (10,1)	631 (89,9)	
Suroeste	237 (100,0)	14 (5,9)	223 (94,1)	
Urabá	99 (100,0)	8 (8,1)	91 (91,9)	
Valle de Aburrá	3764 (100,0)	291 (7,7)	3473 (92,3)	
Método Diagnóstico				
Certificado defunción	1 (100,0)	<0,001	1 (100,0)	<0,001
Citología	2 (100,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Histología	3089 (100,0)	204 (6,6)	2885 (93,4)	
Imagenología	1 (100,0)	<0,001	1 (100,0)	
Marcadores tumorales	269 (100,0)	88 (32,7)	181 (67,3)	
Procedimientos clínicos	426 (100,0)	12 (2,8)	414 (97,2)	

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Este estudio tiene como objetivo la descripción del comportamiento de la prevalencia del cáncer de piel en la población de Antioquia, y su relación con las diferentes variables demográficas y clínicas. Gracias a la creciente disponibilidad y calidad de los datos en la región, se ha podido mejorar la estimación de la prevalencia de esta patología, lo que asegura la reproducción y objetividad de los resultados obtenidos.

Con respecto a la prevalencia, se observó que, entre los 5278 pacientes analizados, en su mayoría (62,4 %) eran mayores de 65 años, lo que concuerda con estudios previos, como el de Vila-Payeras et al., quienes realizaron un estudio prospectivo de la evaluación de la tasa de detección incidental de cáncer cutáneo, en donde reportaron una edad media de 70 años[14]. Asimismo, Peña-Trujillo et al. realizaron un estudio retrospectivo en un centro dermatológico de Bogotá, Colombia, en el que se incluyeron 400 pacientes; se encontró una edad media de 72 años al momento del diagnóstico[15].

Con respecto al sexo, se identificó que el 51 % de los casos correspondían a hombres, aunque en nuestro estudio afirmamos que existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo y el grado de diferenciación de las células cancerosas, no es posible determinar directamente cual sexo tiene mayor riesgo de presentar cáncer de piel basándonos solo en estos datos.

En cuanto a la distribución geográfica, el Valle de Aburrá concentró el 71,3 % de los casos, lo que sugiere una mayor exposición a diferentes factores de riesgo o incluso, una mayor capacidad diagnóstica en esta subregión, debido a una mayor tasa de especialistas y laboratorios de patología. En contraste, la subregión del Oriente Antioqueño también presentó una prevalencia significativa, aunque con una menor proporción de diagnósticos confirmados por laboratorios de patología (85 % frente al 14,9 % diagnosticados por procedimientos clínicos). Esto logra evidenciar una posible disparidad en la accesibilidad a ayudas diagnósticas más avanzadas según la subregión.

Estos hallazgos resaltan la importancia de un buen fortalecimiento de las estrategias de promoción y prevención de la salud en la región, dado que las políticas actuales, al revisar el Documento Técnico del Plan de Intervenciones Colectivas del año 2022 de la Gobernación de Antioquia, hacen mayor énfasis en las enfermedades transmisibles y crónicas, no relacionadas con el cáncer de piel[16].

Por esta razón, es oportuno considerar la importancia de la educación para la autoexploración y reconocimiento de factores de riesgo para presentar cáncer de piel, así como una adecuada protocolización en centros de salud de todas las complejidades, con el fin de atender y prevenir el incremento de casos y de mortalidad, a partir de guías tales como el "Manual para la detección temprana del cáncer de piel y recomendaciones para la disminución de exposición a radiación ultravioleta", del Ministerio de Salud[17]. Así mismo, se debe contemplar el uso del cribado precoz y uso de nuevas tecnologías como la teledermatología que pueden contribuir a mejorar el pronóstico de los pacientes, como lo destaca la revisión sistemática realizada por Alonso-Belmonte et al. en el contexto de la prevención primaria y secundaria del cáncer de piel en los últimos 10 años[18].

Desde el punto de vista clínico, este estudio no logró describir una relación entre el sexo y el tipo de diagnóstico (in situ o maligno), sin embargo, estudios en Italia, Canadá y Estados Unidos han reportado una mayor prevalencia en hombres[19, 20]. Un estudio en Estados Unidos, entre los años 1982 y 2018 indicó que el aumento en diagnósticos de pacientes con cáncer de piel in situ superó el cáncer maligno en los últimos años, lo cual se atribuye a un mayor acceso de programas preventivos[21]. La disparidad entre los resultados expuestos en nuestro artículo podría deberse a diferencias en recursos, acceso a diagnóstico temprano y concientización sobre la enfermedad.

El estudio histopatológico sigue siendo el método diagnóstico más usado en la región, en concordancia con la "Guía Interdisciplinaria basada en consenso europeo para el melanoma: Actualización 2022"[22]. Sin embargo, en los últimos años se han descrito nuevas técnicas como los estudios moleculares como herramientas complementarias al diagnóstico convencional, como lo destacan Nataren et al. en su artículo[23].

Se identificó una relación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y el grado de diferenciación de las células cancerosas, lo cual evidencia un mayor predominio del grado bien diferenciado en ambos sexos, lo que permite identificar posibles disparidades biológicas entre sexos que pueden influir en el desarrollo del cáncer de piel. Sin embargo, estos hallazgos continúan siendo controversiales, como menciona Buja et al. en su estudio sobre diferencias biológicas en cáncer de piel[24]. Además, la evaluación del grado de diferenciación por subregión no mostró una asociación estadísticamente significativa, aunque el método diagnóstico podría influir en estos resultados. En Dermatología Revista Mexicana, se destaca la prevalencia de carcinoma epidermoides moderadamente diferenciados[25], lo que podría influir en estrategias de manejo dirigidas, según la región.

Finalmente, entre las limitaciones del estudio, reonocemos que la información proviene de bases de datos secundarias recolectadas por especialistas capacitados en la Gobernación de Antioquia. Sin embargo, la heterogeneidad territorial, social y económica de la región podría haber limitado el reporte de un gran número de casos, lo que podría significar un sesgo en la incidencia reportada.

Conclusiones

Este estudio destaca la prevalencia del cáncer de piel en Antioquia entre los años 2018 y 2022; se señala la concentración de casos en el Valle de Aburrá y la necesidad del fortalecimiento de la atención en otras subregiones que presentan un menor acceso a las ayudas diagnósticas más especializadas. La alta prevalencia en los mayores de 65 años recalca la importancia de estrategias de prevención y detección temprana. Los estudios histopatológicos continúan

siendo el método diagnóstico de elección, pero cabe resaltar el papel creciente de los estudios moleculares, los cuales ofrecen diagnósticos más precisos y personalizados en cuanto al enfoque del manejo. Es importante la promoción y educación sobre los factores de riesgo para el cáncer de piel. La descentralización de los servicios de salud podría garantizar un mayor acceso equitativo en la detección temprana. Finalmente, la integración de nuevas ayudas diagnósticas más avanzadas y el fortalecimiento de estrategias de promoción y prevención de la salud son fundamentales para una reducción en la incidencia del cáncer de piel en Antioquia.

Consideraciones éticas

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Universidad CES (cod Acta2 Ae-973); al ser un estudio descriptivo sin intervención alguna en la atención de los pacientes, no se requirió de consentimiento. Los datos de los pacientes se garantizaron para su presentación anónimos y confidenciales.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés en relación con este estudio.

Financiación

El estudio fue financiado con recursos propios de cada investigador.

Contribuciones de los autores

Isabela Arango-Henao: conceptualización, investigación, análisis formal, interpretación de los datos y redacción del manuscrito original.

Sofía Barrientos-Villegas: conceptualización, investigación, análisis formal, interpretación de los datos y redacción del manuscrito original.

Manuel Falla-Hoyos: conceptualización, investigación, análisis formal, interpretación de los datos y redacción del manuscrito original.

Sarah Giraldo-Hernández: conceptualización, investigación, análisis formal, interpretación de los datos y redacción del manuscrito original.

Sara María Mejía-Castro: conceptualización, investigación, análisis formal, interpretación de los datos, redacción del manuscrito original, revisión y edición del manuscrito.

Elsa María Vásquez-Trespalacios: metodología, análisis estadístico, supervisión y validación del manuscrito.

Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Referencias bibliográficas

1. Hasan N, Nadaf A, Imran M, Jiba U, Sheikh A, Almalki WH, et al. Skin cancer: understanding the journey of transformation from conventional to advanced treatment approaches. Mol Cancer. 6 de octubre de 2023;22(1):168.
2. Pérez M, Arango J, Marchetti M, Jaimes N. Skin cancer: Primary, secondary, and tertiary prevention. Part I. 2022;87:255-268.
3. Dorrell DN, Strowd LC. Skin Cancer Detection Technology. Dermatol Clin. 2019;37(4):527-536.
4. Dessinioti C, Stratigos AJ. An Epidemiological Update on Indoor Tanning and the Risk of Skin Cancers. Curr Oncol Tor Ont. 2022;29(11):8886-8903.
5. National Toxicology Program, Department of Health and Human Services. Ultraviolet Radiation Related Exposures. 2021;1-5.
6. McEvoy AM, Lachance K, Hippe DS, Cahill K, Moshiri Y, Lewis CW, et al. Recurrence and Mortality Risk of Merkel Cell Carcinoma by Cancer Stage and Time From Diagnosis. JAMA Dermatol. 2022;158(4):382-389.
7. Sanmartín O. El incremento en la incidencia del melanoma y en cáncer cutáneo no melanoma nos obliga a insistir en las campañas de prevención primarias y secundarias. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2017;108(4):324.
8. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. International Agency for Research on Cancer. [Internet]. [citado 17 de mayo de 2024]. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/today/
9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249.
10. Vargas Moranth R, Navarro Lechuga E. Cancer incidence and mortality in Barranquilla, Colombia. 2008-2012. Colomb Medica Cali Colomb 2018;49(1):55-62.

11. Jd RB, N AO. Cutaneous melanoma incidence, mortality, and survival in Manizales, Colombia: a population-based study. J Int Med Res [Internet]. Junio de 2022 [citado 24 de abril de 2025];50(6). Disponible en: https://pubmed.cesproxy.elogim.com/35722901/
12. Pilleron S, Soto-Pérez-de-Celis E, Vignat J, Ferlay J, Soerjomataram I, Bray F, et al. Estimated global cancer incidence in the oldest adults in 2018 and projections to 2050. Int J Cancer. 2021;148(3):601-608.
13. Thun E, M, Linet MS, Cerhan JR, Haiman CA, Schottenfeld and D, editores. Cancer Epidemiology and Prevention. 4th ed. Oxford, New York: Oxford University Press; 2017. 1330 p.
14. Vila-Payeras A, Domínguez C, Solà A, Nadal C, Taberner R. Evaluación de la tasa de detección incidental de cáncer cutáneo: estudio prospectivo en un servicio hospitalario. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(6):496-502.
15. Peña-Trujillo V, Alvis-Zakzuk NJ, Velásquez-Vargas MC, Vargas-Caycedo ZP, Fierro-Lozada JD, Cantillo-Avilez MA, et al. Cáncer de piel: características clínicas, diagnóstico histopatológico y tratamiento en un centro dermatológico colombiano. Dermatol Rev Mex. 2022;66(1):38-47.
16. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Plan de Intervenciones Colectivas 2022. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2022.
17. Instituto Nacional de Cancerología. Manual para la detección temprana del cancer de piel y recomendaciones para la disminución de exposición a radiación ultravioleta [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2015 [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/Piel
18. Alonso-Belmonte C, Montero-Vilchez T, Arias-Santiago S, Buendía-Eisman A. Situación actual de la prevención del cáncer de piel: una revisión sistemática. Actas Dermo Sifiliogr. 2022;113(8):781-791.
19. Bellenghi M, Puglisi R, Pontecorvi G, De Feo A, Carè A, Mattia G. Sex and Gender Disparities in Melanoma. Cancers. 2020;12(7):1819.
20. Apalla Z, Lallas A, Sotiriou E, Lazaridou E, Ioannides D. Epidemiological trends in skin cancer. Dermatol Pract Concept. 2017;7(2):1-6.
21. Olsen CM, Pandeya N, Rosenberg PS, Whiteman DC. Incidence of in Situ vs Invasive Melanoma: Testing the "Obligate Precursor" Hypothesis. J Natl Cancer Inst. 2022;114(10):1364-1370.
22. Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Basset-Seguin N, et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics: Update 2022. Eur J Cancer. 2022;170:236-255.
23. Nataren N, Yamada M, Prow T. Molecular Skin Cancer Diagnosis: Promise and Limitations. J Mol Diagn. 2023;25(1):17-35.
24. Buja A, Rugge M, Damiani G, Zorzi M, De Toni C, Vecchiato A, et al. Sex Differences in Cutaneous Melanoma: Incidence, Clinicopathological Profile, Survival, and Costs. J Womens Health (Larchmt). 2022;31(7):1012-1019.
25. Parriego SF. Cáncer de piel en un centro hospitalario de segundo nivel en el noreste de México.Dermatol Rev mex [Internet]. 2022 [citado 18 de marzo de 2025]; 66(5): 478-484 Disponible en: https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/cancer-de-piel-en-un-centro-hospitalario-de-segundo-nivel-en-el-noreste-de-mexico/