

DOI: 10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.937-949

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2715>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 937-949



Cáncer de piel en Latinoamérica: epidemiología, factores de riesgo y estrategias dermatológicas para su prevención y detección precoz

Skin cancer in Latin America: epidemiology, risk factors, and dermatological strategies for prevention and early detection

Cancro da pele na América Latina: epidemiologia, fatores de risco e estratégias dermatológicas para prevenção e detecção precoce

Martha Valeria Orellana Bustillos¹; Rosa Thalía Villacís Sanguil²; Paulina Arcely Pilicita Tipán³; Yasmin Yucely Cuzco San Andrés⁴; Karla Abigail Ayala Díaz⁵

RECIBIDO: 10/03/2025 **ACEPTADO:** 19/04/2025 **PUBLICADO:** 14/08/2025

1. Médico; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; morellana.cerit@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-6720-1050>
2. Médica; Investigadora Independiente; Ambato, Ecuador; thaliavillaciss@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-2376-8105>
3. Médica; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; palomaaracely@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-6957-5739>
4. Especialista en Salud y Seguridad Ocupacional con Mención en Salud Ocupacional; Médico Cirujana; Investigadora Independiente; Portoviejo, Ecuador; jucelycuzco@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0006-0567-4348>
5. Magíster en Salud Ocupacional; Médica; Investigadora Independiente; Ibarra, Ecuador; karlita16.ad@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-5504-4691>

CORRESPONDENCIA

Martha Valeria Orellana Bustillos

morellana.cerit@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

El cáncer de piel es una preocupación creciente en Latinoamérica debido a la exposición a la radiación ultravioleta (UV) y a la diversidad de fototipos de piel en la población. La detección precoz y la implementación de estrategias preventivas son cruciales para mitigar su impacto. Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el cáncer de piel en Latinoamérica. Se consultaron bases de datos como PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar. La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2021 y 2025. Se incluyeron estudios epidemiológicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que abordaban la incidencia, la prevalencia, los factores de riesgo genéticos y ambientales, y las estrategias de prevención y detección temprana del cáncer de piel en la región. Los datos extraídos incluyeron la incidencia y prevalencia del cáncer de piel en diferentes países latinoamericanos, los principales factores de riesgo identificados y las estrategias dermatológicas recomendadas para la prevención y detección precoz. El cáncer de piel en Latinoamérica muestra una gran variabilidad epidemiológica, con tasas de incidencia más altas en el Cono Sur, donde las poblaciones de piel más clara y la intensa exposición al sol son comunes. Por el contrario, en regiones con poblaciones mestizas e indígenas, las tasas son más bajas, lo que subraya la influencia de la genética, la geografía y la exposición solar. Los principales factores de riesgo combinan una predisposición genética con la exposición solar excesiva y sin protección, a menudo exacerbada por los cambios en los estilos de vida y la falta de conciencia. Para combatir esto, las estrategias dermatológicas deben centrarse en la prevención y la detección precoz, promoviendo la educación sobre el uso de protector solar y el autoexamen de piel. Capacitar a los profesionales de la salud en la identificación temprana de lesiones es crucial, ya que un diagnóstico oportuno, especialmente del melanoma, mejora significativamente el pronóstico.

Palabras clave: Cáncer de piel, Latinoamérica, Epidemiología, Factores de riesgo, Prevención, Detección precoz, Dermatología.

ABSTRACT

Skin cancer is a growing concern in Latin America due to exposure to ultraviolet (UV) radiation and the diversity of skin phototypes in the population. Early detection and the implementation of preventive strategies are crucial to mitigating its impact. An extensive literature review on skin cancer in Latin America was conducted. Databases such as PubMed, Scopus, SciELO, and Google Scholar were consulted. The search was limited to articles published between 2021 and 2025. Epidemiological studies, systematic reviews, meta-analyses, and clinical guidelines addressing the incidence, prevalence, genetic and environmental risk factors, and prevention and early detection strategies for skin cancer in the region were included. The extracted data included the incidence and prevalence of skin cancer in different Latin American countries, the main identified risk factors, and the dermatological strategies recommended for prevention and early detection. Skin cancer in Latin America shows significant epidemiological variability, with higher incidence rates in the Southern Cone, where lighter-skinned populations and intense sun exposure are common. In contrast, in regions with predominantly mixed-race and indigenous populations, rates are lower, highlighting the influence of genetics, geography, and sun exposure. The main risk factors combine a genetic predisposition with excessive and unprotected sun exposure, often exacerbated by lifestyle changes and a lack of awareness. To combat this, dermatological strategies must focus on prevention and early detection, promoting education on the use of sunscreen and self-skin examinations. Training healthcare professionals in the early identification of suspicious lesions is crucial, as a timely diagnosis, especially of melanoma, significantly improves the prognosis.

Keywords: Skin cancer, Latin America, Epidemiology, Risk factors, Prevention, Early detection, Dermatology.

RESUMO

O cancro de pele é uma preocupação crescente na América Latina devido à exposição à radiação ultravioleta (UV) e à diversidade de fotótipos de pele na população. A detecção precoce e a implementação de estratégias preventivas são cruciais para mitigar o seu impacto. Foi realizada uma extensa revisão da literatura sobre o cancro de pele na América Latina. Foram consultadas bases de dados como PubMed, Scopus, SciELO e Google Scholar. A pesquisa foi limitada a artigos publicados entre 2021 e 2025. Foram incluídos estudos epidemiológicos, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes clínicas que abordam a incidência, prevalência, fatores de risco genéticos e ambientais e estratégias de prevenção e detecção precoce do cancro de pele na região. Os dados extraídos incluíram a incidência e prevalência do cancro de pele em diferentes países da América Latina, os principais fatores de risco identificados e as estratégias dermatológicas recomendadas para prevenção e detecção precoce. O cancro de pele na América Latina apresenta uma variabilidade epidemiológica significativa, com taxas de incidência mais elevadas no Cone Sul, onde são comuns populações de pele mais clara e exposição solar intensa. Em contrapartida, em regiões com populações predominantemente mestiças e indígenas, as taxas são mais baixas, destacando a influência da genética, da geografia e da exposição solar. Os principais fatores de risco combinam uma predisposição genética com exposição solar excessiva e sem proteção, muitas vezes exacerbada por mudanças no estilo de vida e falta de conscientização. Para combater isso, as estratégias dermatológicas devem se concentrar na prevenção e detecção precoce, promovendo a educação sobre o uso de protetor solar e autoexames da pele. O treinamento de profissionais de saúde na identificação precoce de lesões suspeitas é crucial, pois um diagnóstico oportuno, especialmente do melanoma, melhora significativamente o prognóstico.

Palavras-chave: Câncer de pele, América Latina, Epidemiologia, Fatores de risco, Prevenção, Detecção precoce, Dermatologia.

Introducción

El melanoma es un tumor maligno que se origina en los melanocitos. El melanoma cutáneo (MC), el tipo más común, se desarrolla en la capa más externa de la piel, mientras que el melanoma uveal (MU), ocurre en la capa de la úvea. A pesar de sus diferencias anatómicas, ambos tipos comparten factores de riesgo similares, incluyendo fenotipos de piel clara y predisposición genética. En cuanto a la epidemiología, se observa que el melanoma presenta dos picos de mayor incidencia, uno en la edad media de la vida (40-50 años) y otro hacia los 65 años, con una edad media de presentación a los 58,8 años en los varones y a los 58 años en las mujeres (1).

Existen tres tipos principales de cáncer de piel: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma. El cáncer de piel se manifiesta principalmente en las zonas de la piel más expuestas al sol, como el cuero cabelludo, el rostro, los labios, las orejas, el cuello, el pecho, los brazos y las manos, y, en el caso de las mujeres, las piernas. Pero también puede formarse en áreas que rara vez ven la luz del día: las palmas de las manos, debajo de las uñas de las manos o de los pies y el área genital (2).

Este es el tipo de cáncer más común a nivel global, y su incidencia va en aumento. En 2012, se reportaron más de 1.6 millones de nuevos casos de cáncer de piel, con 12.190 muertes relacionadas. Aunque la mayoría de los nuevos casos son cánceres de piel no melanoma (NMSC), se presentaron 76.250 casos nuevos de melanoma maligno, y la mayoría de las 9.180 muertes relacionadas con el cáncer de piel fueron por melanoma maligno. Aunque los datos en Colombia son escasos, un estudio de 2018 identificó que el cáncer de piel más frecuente es el carcinoma basocelular, que representó el 52,7% de los casos, seguido del carcinoma escamocelular con el 22,6% y finalmente el cáncer tipo melanoma con el 16,1% (3).

Entre 1998 y 2002 se notificaron en América Latina 4465 casos de melanoma cutáneo. El promedio de las tasas de incidencia estandarizadas por edad (por 100,000 personas por año) fue de 4.6 (hombres) y 4.3 (mujeres). Los latinoamericanos están expuestos frecuentemente a la radiación ultravioleta debido al clima tropical, elevada altitud, disminución de la capa de ozono en algunas regiones y el interés por tener una piel bronceada que se considera atractiva y saludable (4).

En Latinoamérica la epidemiología del NMSC es variable, en Brasil la incidencia reportada en hombres y mujeres para el año 2020 fue de 159.9 y 86.03 por 100 000 habitantes respectivamente, en Colombia para el mismo año la incidencia fue de 102 por 100 000 habitantes. A nivel nacional según el RNT de SOLCA, el cáncer de piel ocupa el segundo lugar en frecuencia de las patologías oncológicas en hombres y el tercero en mujeres. Según la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), durante el año 2014 en la ciudad de Quito, capital de Ecuador, existió un promedio de 33 casos de cáncer de piel no melanoma por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, para el 2020 en la misma ciudad de Quito, la incidencia estandarizada de cáncer de piel se elevó a 41.1 casos por cada 100.000 habitantes en hombres y 36.7 en mujeres, con una tendencia al alza (5).

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el cáncer de piel en Latinoamérica. Se consultaron bases de datos como PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar, utilizando términos de búsqueda en español e inglés como "cáncer de piel", "Latinoamérica", "epidemiología", "factores de riesgo", "prevención", "detección precoz" y "dermatología". La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2021 y 2025. Se incluyeron estudios epidemiológicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que abordaban la incidencia, la prevalencia, los

factores de riesgo genéticos y ambientales, y las estrategias de prevención y detección temprana del cáncer de piel en la región. Los datos extraídos incluyeron la incidencia y prevalencia del cáncer de piel en diferentes países latinoamericanos, los principales factores de riesgo identificados y las estrategias dermatológicas recomendadas para la prevención y detección precoz.

Resultados

Etiología

La etiología del cáncer de piel varía según el tipo, pero la radiación UV es un factor etiológico principal para la mayoría de los cánceres, incluyendo el carcinoma de células escamosas, el carcinoma de células basales y el melanoma. La radiación UV, junto con otros carcinógenos, daña el ADN,

provocando mutaciones en genes supresores de tumores como el p53 y generando inestabilidad genómica. A esta base etiológica se suman múltiples factores de riesgo que actúan de forma sinérgica, acelerando el desarrollo del cáncer. Estos incluyen la edad, el sexo, la exposición a carcinógenos ambientales como el arsénico, la supresión inmunológica (especialmente en pacientes con trasplantes de órganos), antecedentes familiares, ciertas infecciones (como el virus del papiloma humano), el uso de camas de bronceado y predisposiciones genéticas como el xeroderma pigmentoso. Aunque la radiación UV es un factor clave, la combinación de estos elementos puede influir significativamente en el riesgo de desarrollar cáncer de piel en cada persona (6).

Cancer de piel en Sudamérica

Tabla 1. Tasa de incidencia de cáncer de piel en diferentes continentes en 2022

Continente	País	Tasa Estandarizada por Edad (por 100,000 habitantes)
América del Norte	EE. UU.	16.50
	Canadá	14.50
América del Sur	Brasil	3.30
Oceanía	Australia	37.00
Europa	Alemania	12.10
	Italia	12.70
Asia	China	0.37

Fuente: Roky et al (7).

Tabla 2. Tasa de mortalidad por cáncer de piel en diferentes continentes en 2022

Continente	País	Tasa Estandarizada por Edad (por 100,000 habitantes)
América del Norte	EE. UU.	1.00
América del Sur	Brasil	0.73
Europa	Alemania	1.40
	Reino Unido	1.50
	Italia	1.50
	Polonia	1.90
Asia	China	0.20
	India	0.16

Fuente: Roky et al (7).

Las tasas de incidencia de cáncer de piel no melanoma (CPNM) en países latinoamericanos como Argentina, Perú, Chile, Brasil y Ecuador son inferiores a 3 por cada 100,000 habitantes, una cifra baja en comparación con las tasas de 19.4 a 41.8 por cada 100,000 personas en América del Norte, Europa y Oceanía. En Argentina, se estimaron 3.8 ca-

sos por cada 100,000 personas en 2018, lo que incluyó 1,703 casos en hombres y mujeres. Según un informe del Instituto Nacional del Cáncer de Brasil, se registraron 4.03 nuevos casos de melanoma en hombres y 3.94 en mujeres en 2020. Por su parte, el informe GLOBOCAN 2020 reportó 2,051 nuevos casos de melanoma en México (7).

Tabla 3. Tasa estandarizada por edad (mundial) por cada 100 000, Incidencia, Ambos sexos, en 2022 Melanoma de piel

País	Tasa estandarizada (W) por 100 000
Uruguay	4.5
Paraguay	3.8
Belice	3.5
Brasil	3.3
Chile	3.3
Perú	3.2
Argentina	2.6
Bolivia (Plur.americana)	2.6
Colombia	2.6
Ecuador	2.5
Guayana Francesa	2.5
Costa Rica	1.8
Francia, Guadelo	1.7
Francia, Martini	1.7
Puerto Rico	1.7
México	1.5
Venezuela	1.5
Panamá	1.1
Nicaragua	0.96
Cuba	0.91
Honduras	0.86
Surinam	0.56
Bahamas	0.53
República Dominicana	0.49
Guatemala	0.48
El Salvador	0.44
Santa Lucía	0.40
Jamaica	0.36
Trinidad y Tobago	0.30
Haití	0.26
Barbados	0.00
Guyana	0.00

Fuente: International Agency for Research on Cancer (8).

La tabla 3 presenta unos datos proporcionados por International Agency for Research on Cancer, sobre la tasa estandarizada por edad (ASR) por cada 100 000 habitantes en 2022 para la incidencia de melanoma de piel en diferentes países de Latinoamérica y el Caribe, considerando ambos sexos. Los

valores permiten comparar la frecuencia de nuevos casos de melanoma en distintos países, ajustados por la estructura de edad de cada población.

Observaciones clave:

- **Tasas más altas:** Uruguay encabeza la lista con la tasa más alta (4,5), seguido por Paraguay (3,8) y Belice (3,5). Esto significa que, proporcionalmente, estos países tienen un mayor número de muertes por esta causa específica en comparación con los demás.
- **Tasas intermedias:** Países como Brasil (3,3), Chile (3,3), Perú (3,2), Argentina (2,6) y Ecuador (2,5), tienen tasas intermedias, lo que indica una prevalencia moderada de la mortalidad por esta causa.
- **Tasas más bajas:** Muchos países del Caribe y Centroamérica, como Honduras (0,86), Surinam (0,56), República Dominicana (0,49) y Guatemala (0,48), presentan tasas significativamente más bajas. Esto podría sugerir que la causa de muerte es menos común en estas regiones.
- **Tasa cero:** Barbados y Guyana registraron una tasa de 0,00, lo que podría indicar que no hubo muertes por esta causa en el período analizado o que la tasa es tan baja que se redondeó a cero.

Uruguay tiene la mayor incidencia de melanoma de piel en esta lista, mientras que algunos países como Barbados y Guyana muestran tasas nulas o muy bajas, posiblemente reflejando diferencias en registro, diagnóstico o riesgo.

Análisis detallado de la incidencia de melanoma en hombres por país y registro

Entre los registros con las tasas más altas se encuentran:

Brasil:

- **Campinas, Brasil:** Con una ASR Mundial de 7.4 por 100,000 habitantes, este registro brasileño presenta la incidencia más elevada de melanoma en hombres dentro de la región analizada. Su tasa acumulada (CUM 0-74) es de 0.84%. El alto porcentaje de verificación microscópica (MV%) para C43 en Campinas (94.9%) y un DCO% relativamente bajo

(5.1%) para este tipo específico de cáncer sugieren una buena calidad de registro para el melanoma.

- **Jaú, Brasil:** Este registro también en Brasil muestra una ASR Mundial de 5.1, con una CUM 0-74 de 0.54%. La calidad de los datos para C43 en Jaú es excelente, con un MV% del 100% y un DCO% del 0%. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las tasas de Jaú están basadas en un número bajo de casos debido a su pequeña población, lo que puede aumentar la variabilidad estadística.
- **Curitiba, Brasil:** Registra una ASR Mundial de 5.5 y una CUM 0-74 de 0.63%. El MV% para C43 es del 90.0% y el DCO% es del 4.6% (9).

Uruguay

Presenta una ASR Mundial de 5.5 y una CUM 0-74 de 0.61%. La calidad del registro de Uruguay para C43 es alta, con un MV% del 96.4% y un DCO% del 1.3% (9).

Ecuador

- **Quito, Ecuador:** Muestra una ASR Mundial de 4.7 y una CUM 0-74 de 0.52%. La calidad del registro de Quito para C43 es robusta, con un MV% del 98.0% y un DCO% del 2.0% (9).

Argentina

- **Entre Ríos Province, Argentina:** Con una ASR Mundial de 4.6 y una CUM 0-74 de 0.52%. El MV% para C43 es del 98.0% y el DCO% es del 1.0% (9).

En el extremo inferior del espectro, se encuentran registros con tasas de incidencia de melanoma significativamente más bajas:

Ecuador

- **Manabí, Ecuador:** Registra la ASR Mundial más baja para hombres, con 0.9 por 100,000 habitantes y una CUM 0-74 de 0.07%. El MV% para C43 es del 96.9% y el DCO% es del 0%.

- **Guayaquil, Ecuador:** Con una ASR Mundial de 1.7 y una CUM 0-74 de 0.19%. El MV% para C43 es del 100.0% y el DCO% es del 0% (9).

Trinidad y Tobago

Presenta una ASR Mundial de 0.7 y una CUM 0-74 de 0.08%. El MV% para C43 es del 93.8% y el DCO% es del 6.2% (9).

Colombia

- **Pasto, Colombia:** Muestra una ASR Mundial de 2.0 y una CUM 0-74 de 0.22%. El MV% para C43 es del 100.0% y el DCO% es del 0%.
- **Bucaramanga, Colombia:** Con una ASR Mundial de 2.2 y una CUM 0-74 de 0.23%. El MV% para C43 es del 92.3% y el DCO% es del 3.1% (9).

Costa Rica

- **Costa Rica:** Registra una ASR Mundial de 2.2 y una CUM 0-74 de 0.23%. El MV% para C43 es del 100.0% y el DCO% es del 0% (9).

Análisis detallado de la incidencia de melanoma en mujeres por país y registro

La incidencia de melanoma (C43) en mujeres en América Latina y el Caribe también presenta una variabilidad significativa entre los registros, aunque las tasas suelen ser, en general, más bajas que las observadas en hombres en la mayoría de las ubicaciones.

Entre los registros con las tasas estandarizadas por edad (ASR Mundial por 100,000) más altas para mujeres se encuentran:

Brasil

- **Jaú, Brasil:** Destaca con la ASR Mundial más alta para mujeres, de 6.1 por 100,000 habitantes, y una tasa acumulada (CUM 0-74) del 0.74%. La calidad del registro para C43 es excelente, con un MV% del 100% y un DCO% del 0%. Al igual que en hombres, las tasas de Jaú deben interpretarse con cautela debido

al bajo número de casos en una población pequeña.

- **Campinas, Brasil:** Con una ASR Mundial de 5.8 y una CUM 0-74 de 0.60%. El MV% para C43 es del 97.7% y el DCO% es del 2.3%.
- **Curitiba, Brasil:** Registra una ASR Mundial de 4.7 y una CUM 0-74 de 0.51%. El MV% para C43 es del 91.4% y el DCO% es del 7.0% (9).

Argentina

- **Entre Ríos Province, Argentina:** Presenta una ASR Mundial de 4.9 y una CUM 0-74 de 0.54%. El MV% para C43 es del 99.2% y el DCO% es del 0.8% (9).

Ecuador

- **Quito, Ecuador:** Muestra una ASR Mundial de 4.1 y una CUM 0-74 de 0.43%. El MV% para C43 es del 97.6% y el DCO% es del 0.5% (9).

Uruguay

- **Uruguay:** Con una ASR Mundial de 4.4 y una CUM 0-74 de 0.46%. El MV% para C43 es del 96.2% y el DCO% es del 2.1% (9).

Los registros con las tasas de incidencia de melanoma más bajas en mujeres incluyen:

Ecuador

- **Manabí, Ecuador:** La ASR Mundial más baja, de 0.5 por 100,000 habitantes, y una CUM 0-74 de 0.05%. El MV% para C43 es del 100.0% y el DCO% es del 0%.
- **Guayaquil, Ecuador:** Presenta una ASR Mundial de 1.2 y una CUM 0-74 de 0.13%. El MV% para C43 es del 100.0% y el DCO% es del 0% (9).

Trinidad y Tobago

- **Trinidad y Tobago:** Con una ASR Mundial de 0.2 y una CUM 0-74 de 0.02%. El MV% para C43 es del 100.0% y el DCO% es del 0% (9).

Costa Rica

- Registra una ASR Mundial de 1.9 y una CUM 0-74 de 0.21%. El MV% para C43 es del 100.0% y el DCO% es del 0% (9).

Colombia

- **Bucaramanga, Colombia:** Con una ASR Mundial de 1.9 y una CUM 0-74 de 0.22%. El MV% para C43 es del 95.8% y el DCO% es del 1.4% (9).

Las tasas de incidencia de melanoma en mujeres, aunque generalmente más bajas que en hombres, replican el patrón geográfico observado en hombres, con valores más altos en el Cono Sur y el sur de Brasil, y más bajos en regiones con poblaciones predominantemente mestizas o indígenas. La presencia de tasas femeninas relativamente altas en registros como Jaú (6.1) y Campinas (5.8) en Brasil, o Entre Ríos Provincia (4.9) en Argentina, podría estar influenciada por una combinación de factores. Estos incluyen patrones de exposición solar recreativa, como el bronceado intencional, que históricamente ha sido más prevalente en mujeres, y una mayor conciencia sobre la salud y el acceso a servicios de atención médica, lo que podría conducir a una mayor detección temprana de melanomas. Las mujeres, en general, tienden a buscar atención médica con más frecuencia y a realizarse autoexámenes de piel, lo que podría contribuir a una mayor tasa de detección de lesiones en estadios tempranos (9).

Análisis general

En América Latina, el análisis de la incidencia de melanoma revela un patrón geográfico claro y diferencias notables entre países. Los países del Cono Sur y del sur de Brasil, como Uruguay, Argentina y Brasil, registran consistentemente las tasas de incidencia más altas tanto en hombres como en mujeres. Por el contrario, países del Caribe y de América Central, como Trinidad y Tobago, Colombia y Costa Rica, presentan las tasas más bajas (9).

En el caso de los hombres, las tasas más elevadas se encuentran en Brasil, con una incidencia que llega hasta 7.4 por 100.000 habitantes, y en Uruguay, Argentina y Ecuador, con tasas que también superan la media regional. En el extremo opuesto, Trinidad y Tobago, Colombia y Costa Rica tienen las tasas más bajas, con valores que oscilan entre 0.7 y 2.2 por 100.000, lo que sugiere una menor prevalencia de la enfermedad en estas poblaciones (9).

Para las mujeres, el patrón es similar al de los hombres, aunque las tasas de incidencia son, en general, más bajas en la mayoría de los países. Los países con las tasas más altas siguen siendo Brasil, Argentina, Ecuador y Uruguay, con incidencias que alcanzan hasta 6.1 por 100.000 habitantes en algunas zonas. Las tasas más bajas para mujeres se encuentran en Trinidad y Tobago, Costa Rica y Colombia, con valores que van de 0.2 a 1.9. Este patrón geográfico podría estar influenciado por una combinación de factores, como la genética, los niveles de exposición solar y el acceso a los servicios de salud que facilitan la detección temprana (9).

Factores de riesgo para cáncer de piel

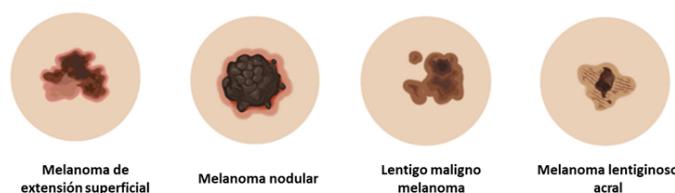


Figura 1. Las cuatro formas principales de cáncer de piel tipo melanoma: Melanoma de extensión superficial, Melanoma nodular, Lentigo maligno melanoma, Melanoma lentiginoso acral

Fuente: Roky et al (7).

Tabla . Factores de riesgo y factores protectores para cáncer

Factores de Riesgo
Exposición solar
* Exposición solar intensa e intermitente en áreas expuestas esporádicamente (espalda en hombres, piernas en mujeres).
* Exposición crónica en cabeza y cuello.
* Múltiples quemaduras solares durante la infancia.
Factores ambientales
* Lámparas y camas de bronceado.
* Psoraleno y fototerapia con UVA (PUVA).
Características personales
* Piel y ojos claros, pelo rubio o pelirrojo.
* Múltiples nevus (> 25), nevus congénito, nevus displásicos o atípicos (> 1).
* Síndrome del melanoma múltiple y melanoma atípico familiar (50-100 nevus atípicos).
Antecedentes de salud
* Historial personal de melanoma y de cáncer de piel basocelular o escamoso.
* Pacientes inmunosuprimidos (trasplantes de órganos, linfoma, VIH).
Factores genéticos
* Historial familiar.
* Mutación de genes como BRAF, NRAS, CDKN2A.

Fuente: Adaptado de Bartolomé-Moreno et al (10).

No melanoma:

- Exponerse a la luz solar natural o artificial (como la de las camillas de bronceado) por mucho tiempo.
- Tener tez clara, como en los siguientes ejemplos:
 - Piel clara en la que salen pecas y se quema con facilidad, que no se broncea o se broncea mal.
 - Ojos azules, verdes o claros.
 - Cabello rojo o rubio.
- Presentar queratosis actínica.

- Haber recibido tratamiento con radiación.
- Tener un sistema inmunitario debilitado, como ocurre en los pacientes tratados con terapia inmunodepresora después de recibir un trasplante de órganos.
- Estar expuesto al arsénico (11).

Melanoma:

- Tener tez clara, como en los siguientes ejemplos:
 - Piel clara en la que salen pecas y se quema con facilidad, que no se broncea o se broncea mal.

- Ojos azules, verdes o claros.
- Cabello rojo o rubio.
- Exponerse a la luz solar natural o artificial (como la de las camillas de bronceado) por mucho tiempo.
- Tener antecedentes de muchas ampollas por quemaduras de sol, en especial durante la infancia o la adolescencia.
- Tener muchos lunares (también llamados nevos).
- Tener antecedentes familiares de lunares anormales (síndrome de nevo atípico).
- Tener antecedentes personales o familiares de melanoma.
- Ser blanco (11).

Diagnóstico precoz con sistemas de imagen

El diagnóstico precoz del cáncer de piel ha mejorado gracias a la Dermatoscopia utilizada por dermatólogos, que, combinada con la historia clínica y la inspección visual, ha permitido detectar melanomas y cánceres cutáneos no melanoma (CCNM) en estadios tempranos. Sin embargo, su eficacia en atención primaria es menos clara, y no existen algoritmos específicos para el carcinoma de células escamosas (CEC) (12).

La inteligencia artificial (IA), a través del análisis de imágenes con redes neuronales, se presenta como una herramienta prometedora para el diagnóstico precoz, especialmente del melanoma, incluso en atención primaria. No obstante, todavía está en desarrollo y requiere la colaboración de dermatólogos para su perfeccionamiento (12).

La fotografía corporal total es útil para el diagnóstico de melanoma en estadios precoces en pacientes de alto riesgo, aunque se necesitan más estudios para definir mejor a esta población y estandarizar su implementación (12).

Las aplicaciones para Smartphone no son fiables para el diagnóstico debido a su incapacidad para distinguir entre las diversas lesiones cutáneas y la variabilidad en la calidad de las imágenes. Sin embargo, la teledermatología a través de estos dispositivos sí es una herramienta eficaz para facilitar las derivaciones desde atención primaria, especialmente en zonas rurales (12).

El cribado poblacional general no ha demostrado beneficios y puede llevar a sobrediagnóstico y tratamientos innecesarios, por lo que no está respaldado por la evidencia. A pesar de que la detección temprana en personas de alto riesgo es beneficiosa, el autoexamen cutáneo tiene una eficacia controvertida. Finalmente, aunque la detección temprana está asociada a una disminución de la mortalidad por melanoma, existe un retraso en el diagnóstico del carcinoma basocelular (CBC), lo que incrementa los costos y la complejidad del tratamiento. Se ha observado que las enfermeras podrían ser útiles en el cribado, pero necesitan una formación adecuada. La mayor concienciación sobre el cáncer de piel también está llevando a un aumento de cirugías preventivas innecesarias (12).

Estrategias de prevención y papel de la atención primaria



Figura 2. Recomendaciones para reducir el riesgo del cáncer y aumentar la supervivencia del cáncer, con relación a la dieta, la nutrición, la actividad física y el peso

Fuente: Bartolomé-Moreno et al (10).

Para enfrentar estos desafíos, es fundamental impulsar la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables a nivel político y económico, no solo desde el ámbito sanitario. Las Naciones Unidas, a través de la Agenda 2030, destacan la importancia de un medioambiente sano para la salud, con objetivos que abordan la calidad del aire, el agua y la seguridad química (10).

El microbioma humano también se ha identificado como un factor que, al alterarse, puede aumentar el riesgo de cáncer. Para la prevención, el Código Europeo Contra el Cáncer y el World Cancer Research Fund ofrecen recomendaciones detalladas sobre estilo de vida, dieta y ejercicio (10).

La atención primaria de salud es el marco ideal para implementar estas estrategias, ya que tiene un alcance universal. En este entorno, las intervenciones breves y personalizadas para promover el abandono del tabaco o la reducción del consumo de alcohol han demostrado ser efectivas (10).

Prevención primaria

La prevención primaria se enfoca en reducir la exposición a la radiación UV, que es el principal factor de riesgo. Las recomendaciones incluyen:

- **Protección solar:** Usar protector solar de amplio espectro (SPF 30 o superior), sombreros, gafas de sol y ropa protectora.
- **Evitar la exposición:** Buscar sombra, especialmente durante las horas pico de sol.
- **No usar camas de bronceado:** La IARC ha documentado un aumento del 75% en el riesgo de melanoma en jóvenes que las usaron durante la adolescencia (10).

Organizaciones como la USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) recomiendan educar a niños, adolescentes y adultos jóvenes de piel clara sobre cómo minimizar la exposición solar. Las campañas de salud pública, como SunSmart en Australia o

Euromelanoma en Europa, utilizan diversos medios, incluidas las redes sociales, para difundir esta información (10).

Prevención secundaria y cribado

La prevención secundaria se centra en la detección temprana. Sin embargo, el cribado del cáncer de piel en la población general es un tema de debate:

- **Autoexamen y examen visual:** Una revisión de Cochrane concluyó que no hay suficiente evidencia para recomendar o rechazar el autoexamen o el examen visual por parte de un profesional de la salud en la población general.
- **Cribado poblacional:** El programa de cribado en Alemania, implementado después de un estudio piloto favorable, no ha demostrado una reducción en la mortalidad por melanoma. Existe la preocupación de que el cribado masivo pueda llevar a un sobrediagnóstico, cirugías innecesarias y consecuencias psicosociales (10).

Por lo tanto, la USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para recomendar el autoexamen o el examen visual regular en adultos. No obstante, algunas guías, como la SIGN y la Canadian Cancer Society, sugieren el cribado en poblaciones de alto riesgo. Para estos grupos, se recomienda un examen anual de la piel por un médico capacitado, junto con la educación sobre factores de riesgo y el autoexamen (10).

Conclusión

El cáncer de piel en Latinoamérica presenta un panorama epidemiológico complejo y heterogéneo. La incidencia varía drásticamente entre regiones, lo que destaca la influencia de factores como la genética, la ubicación geográfica y la exposición solar. Los países del Cono Sur, con poblaciones de piel más clara y mayor exposición a la radiación UV, registran tasas de incidencia significativamente más altas, tanto en hombres como en mujeres. Por el contrario, en regiones con

poblaciones predominantemente mestizas e indígenas, como Centroamérica y el norte de Sudamérica, las tasas son notablemente más bajas. Esta disparidad subraya la necesidad de estrategias de salud pública diferenciadas para cada subregión.

Los factores de riesgo del cáncer de piel son una combinación de elementos genéticos y de comportamiento. Aunque la predisposición genética juega un papel importante, la exposición solar excesiva y sin protección sigue siendo el factor ambiental más crucial. Los cambios en los estilos de vida, incluyendo el aumento de las actividades recreativas al aire libre y los hábitos de bronceado, han contribuido al incremento de casos. La falta de conciencia sobre la importancia de la protección solar y el acceso limitado a la atención dermatológica en áreas rurales son obstáculos importantes para la prevención efectiva.

Para combatir el cáncer de piel, las estrategias dermatológicas deben enfocarse en la prevención y la detección precoz. Es fundamental educar a la población sobre los riesgos de la exposición solar y promover el uso de protector solar, ropa protectora y sombreros. Además, la implementación de campañas de concientización y el fomento del autoexamen de piel son herramientas poderosas. La capacitación de profesionales de la salud en atención primaria para identificar lesiones sospechosas puede mejorar significativamente las tasas de detección temprana, que son críticas, especialmente para el melanoma, ya que su pronóstico mejora drásticamente con un diagnóstico a tiempo.

Bibliografía

- Semanate-Zapata VF, Manzano-Pasquel LD, Ochoa-Vinueza CE, Andrade-Sandoval EA, Montoya-Auz AA, Garófalo-Villalta VJ. Cáncer de piel melanoma. Una revisión de la literatura. Rev UGC. 2025;3(2):134–48.
- Ledesma Polo JALP, Torres Banda DE, Iglesias Fuentes JN, Vaca Antepará WF. Cáncer de piel. Melanoma. RECIAMUC [Internet]. 2023 Jan 6;7(1):530–8. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1044>

- Amaya Muñoz MC, Mejía Montero MA, Cáceres Ramírez C. Análisis de la producción científica sobre cáncer de piel en América Latina: comparación antes y durante la pandemia por covid-19. *Encuentro Semilleros Investig*. 2023;
- Muñoz MCA, Ramírez CC, Prato KJB, Figueroa MAS, López PAC, Flórez SJ V. Cáncer de piel: la neoplasia más común, un análisis bibliométrico. *Dermatología Rev Mex*. 2025;69(3).
- Ballesteros Zurita N, Melena Zapata J, Narváez Ollala A. Perfil epidemiológico del cáncer de piel en Ecuador. *Estudio observacional descriptivo*. *Rev Med Vozandes*. 2023;34(1):33–40.
- Sathe NC, Zito PM. Skin Cancer. *StatPearls* [Internet]. 2025; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441949/>
- Roky AH, Islam MM, Ahasan AMF, Mostaq MS, Mahmud MZ, Amin MN, et al. Overview of skin cancer types and prevalence rates across continents. *Cancer Pathog Ther* [Internet]. 2025 Mar;3(2):89–100. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2949713224000582>
- International Agency for Research on Cancer. *Cancer Today* [Internet]. 2025. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/maps-heatmap?mode=population&zoom=2&cancers=16>
- Bray F, Colombet M, Aitken JF, Bardot A, Eser S, Galceran J, et al. *Cancer Incidence in Five Continents Vol. XII* [Internet]. France: International Agency for Research on Cancer: IARC Scientific Publications; 2024. Available from: <https://publications.iarc.who.int/641>
- Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Valléspín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. *Atención Primaria* [Internet]. 2024 Nov;56:103128. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656724002701>
- Instituto Nacional de Cáncer. *Prevención del cáncer de piel (PDQ®)* [Internet]. 2023. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel/paciente/prevencion-piel-pdq>
- 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 Dermosifiliogr* [Internet]. 2022 Sep;113(8):781–91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731022003386>

CITAR ESTE ARTICULO:

Orellana Bustillos, M. V., Villacís Sanguil, R. T., Pilicita Tipán, P. A., Cuzco San Andrés, Y. Y., & Ayala Díaz, K. A. (2025). Cáncer de piel en Latinoamérica: epidemiología, factores de riesgo y estrategias dermatológicas para su prevención y detección precoz. *RECIMUNDO*, 9(2), 937–949. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(2\).abril.2025.937-949](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.937-949)

