

Perfil clínico y epidemiológico de una serie consecutiva de pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo en la provincia de Osorno. Período 2006-2011

Stephanie Leigh P¹, Pablo Zarges T¹, Tomas Contreras R²,
Jaime Jans B³, Pablo Bórquez M⁴.

RESUMEN

Introducción: El melanoma es un tumor maligno de los melanocitos epidérmicos. Su frecuencia ha aumentado significativamente en las últimas décadas, doblando su prevalencia cada 10 años. Presenta una prevalencia similar en hombres y mujeres y el mayor factor de riesgo conocido es la exposición a rayos UV. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar la alta letalidad que tiene cuando presenta diseminación sistémica. **Objetivo:** caracterizar los pacientes con diagnóstico de Melanoma en la provincia de Osorno durante el período de Enero del 2006 a Enero del 2011. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo transversal, donde se estudiaron 151 pacientes con diagnóstico de cáncer de piel, de los cuales 20 presentaban el diagnóstico de melanoma en la provincia de Osorno durante el período entre Enero 2006 y Enero del 2011. Se realizó revisión de fichas clínicas, registros electrónicos e informes de biopsia, analizando sus características epidemiológicas, clínicas y formas de presentación. **Resultados:** De los 20 pacientes, la edad promedio fue de 62,1 años; 60% fue de sexo femenino; el 60% pertenecía a la comuna de Osorno, la fecha del diagnóstico anatomopatológico en su mayoría (75%) fue hecha en período estival, la ubicación más frecuente fue en extremidades inferiores (45%), seguida por cabeza y cuello con un 20%. **Conclusión:** Las características clínico epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de melanoma en la provincia de Osorno, obtenidas en este trabajo, se correlacionan con la realidad nacional y europea. (**Palabras claves:** neoplasias cutáneas, melanoma, epidemiología).

Clinic-epidemiological characteristics of patients with diagnostic of cutaneous melanoma.

ABSTRACT

Introduction: Melanoma is a malignant tumor of the epidermal melanocytes. It's frequency has increase significantly in the last decades, doubling their prevalence every 10 years. It presents a similar prevalence in men and women and the largest known risk factor is exposure to UV rays. Early diagnosis is essential to avoid the high mortality that it has, when presents systemic dissemination.

1 Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (UACH), Campo Clínico Osorno.

2 Alumno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (UACH), Campo Clínico Osorno.

3 Cirujano, Hospital Base de Osorno. Profesor Adjunto, Campo Clínico Osorno, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (UACH).

4 Cirujano Oncólogo, Hospital Base de Osorno. Profesor adjunto, Campo Clínico Osorno, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (UACH).

Correspondencia a: Dr. Pablo Bórquez M., cir.oncologo@yahoo.es.

Objetivo: Characterize every patient diagnosed with malignant melanoma, inside the province of Osorno, during the period between January 2006 and January 2011. **Methods:** Transversal descriptive study, that reviews 151 patients with skin cancer diagnosed in the province of Osorno. From that group, 20 patients had malignant melanoma diagnosed in the period from January 2006 to January 2011. The study review clinical files, electronic records and biopsies' reports, analyzing their epidemiological features, clinical characteristics and presentation forms. **Results:** Among the 20 cases of malignant melanoma, the average age was 62.1 years; 60% were female; 60% were from the province of Osorno. The date of the anatomopathological diagnosis happened mostly (75%) between summer and spring, the most common location was the lower extremities (45%), followed by head and neck with 20%. **Conclusion:** Clinical epidemiological characteristics of patients diagnosed with melanoma in the province of Osorno obtained in this work are correlated with national and european reality. **(Key words:** skin cancer, melanoma, epidemiology).

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas ha aumentado la incidencia del cáncer de piel a nivel mundial¹. En EE.UU, la incidencia y mortalidad por este cáncer ha experimentado un incremento significativo en la población blanca, principalmente por la exposición solar². En Europa occidental, la incidencia de este cáncer es aproximadamente igual a la de cáncer de pulmón o de mama³. En Chile hay pocos estudios al respecto, sin embargo en aquellos realizados se establece una clara tendencia al aumento de su frecuencia⁴. Zemelman y cols. en un análisis retrospectivo de la frecuencia de cánceres de piel en la Región Metropolitana, entre los años 1992 y 1998, que aumentó en un 43%.⁵ Dentro de las neoplasias cutáneas encontramos diversos tipos histológicos. Los más frecuentes son el basocelular, espinocelular y el melanoma. Este último el menos frecuente, pero el más letal⁶, es un tumor maligno derivado de los melanocitos epidérmicos⁷.

La incidencia del melanoma ha ido aumentando más rápido que cualquier otro tipo de cáncer en los Estados Unidos de Norteamérica, siendo diagnosticados en el 2010 más de 68.000 nuevos casos de melanoma invasivo⁸.

A pesar de que el melanoma es la causa más común de muerte por cáncer de piel, sólo representa el 4% de los cánceres cutáneos⁹. Es un tumor que afecta a ambos sexos por igual a nivel mundial, pero en Europa y en Chile, hay una tendencia a ser más frecuente en mujeres¹⁰. Es menos frecuente en la raza negra, y en cuanto a los factores de riesgo, el principal es la exposición a radiación ultravioleta, intensa y ocasional ("quemaduras solares estacionales") antes de los 20 años, así como también la residencia en mayores latitudes^{11,12}, factores

endógenos como fototipos de piel I y II, inmunodeficiencia y predisposición genética, esta última con una influencia demostrada de hasta un 10%¹³. Con respecto a la topografía, en casuísticas nacionales se ha visto una mayor incidencia en cabeza, seguido de miembros inferiores¹⁴. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar la alta letalidad que tiene cuando presenta diseminación sistémica⁶. Por esto es indispensable conocer su perfil clínico y epidemiológico. El objetivo de nuestro trabajo es caracterizar los pacientes con diagnóstico de Melanoma en población beneficiaria del Servicio de Saludo Osorno, durante el período de Enero del 2006 a Enero del 2011.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una serie de 20 casos consecutivos, que presentaban el diagnóstico de melanoma cutáneo (de 151 pacientes con cáncer de piel). El trabajo se realizó con la biopsia de pacientes derivados de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Base Osorno, diagnosticados entre Enero de 2006 y Enero del 2011. Se incluyeron la totalidad de casos de melanoma cutáneo registrados durante este período. Se confecciona base de datos ad hoc, donde se registran las características biodemográficas, clínicas y patológicas. Se realizó estadística descriptiva, y la información fue analizada con apoyo de los programas Microsoft Excel® y File Maker 2010®.

RESULTADOS

La edad promedio de los 20 pacientes analizados fue de 62.1 años, con rangos de entre 20 y 85 años en mujeres y de entre 30 y 78 años

en hombres. Doce casos (60%) pertenecían al sexo femenino y ocho casos (40%) al sexo masculino.

En relación a la comuna de residencia, el 60% provenían de la comuna de Osorno, lo que corresponde a 12 casos. La comuna con menor número de casos resultó ser Puyehue con sólo uno, que corresponde a un 5% del total. Estos datos se expresan como tasa por 100 mil/habitantes comuna por comuna (Gráfico 1). Al analizarlos, vemos que la comuna de San Pablo posee la mayor prevalencia con 29,52 casos por 100.000 habitantes, mientras que la comuna de Osorno que poseía el mayor porcentaje de casos presentó la prevalencia más baja con un 7,47 por 100.000 habitantes

Al analizar la estacionalidad, los meses de Diciembre y Enero fueron los que registraron mayor cantidad de diagnósticos anatomopatológicos, siendo Enero el mes que encabeza la notificación de cáncer con 4 casos. Al clasificar los diagnósticos de acuerdo a la estación del año, vemos que un 75% fueron hechos durante Primavera y Verano (Gráfico 2).

La localización más afectada fueron las extremidades inferiores con un 45%, seguida por cabeza y cuello con un 20% (Gráfico 3). Los segmentos más afectados en mujeres fueron las extremidades inferiores con un 54,5% y en hombres las extremidades inferiores, además de cabeza y cuello con un 33% cada una.

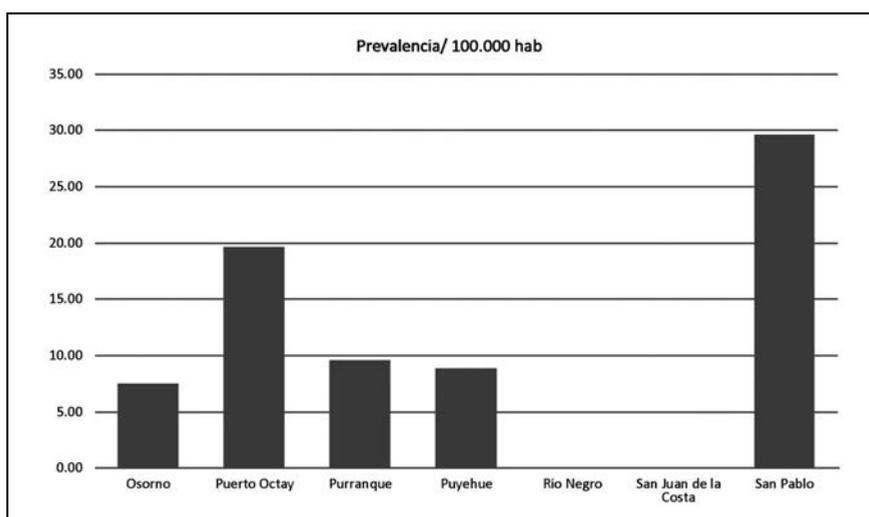


GRAFICO 1: Prevalencia de melanoma por 100.000 habitantes según comuna.

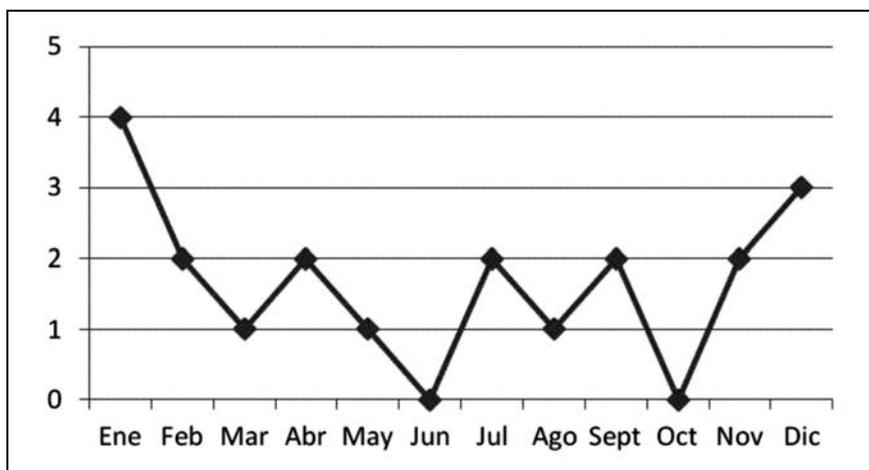


GRAFICO 2. Estacionalidad del diagnóstico de melanoma.

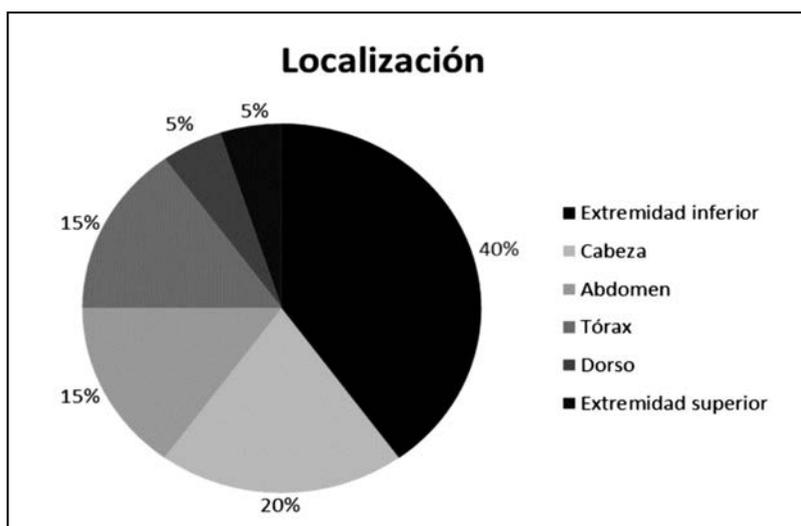


GRAFICO 3. Localización topográfica de melanoma.

DISCUSIÓN

El Melanoma es un tipo de cáncer de piel muy agresivo y de mal pronóstico⁶.

La incidencia melanoma a nivel mundial ha ido aumentando en el último tiempo. Según información obtenida entre los años 2004 y 2006 en EEUU, la probabilidad de desarrollar melanoma durante la vida, en los hombres sería de 1 en 37 y en las mujeres de 1 en 56. Este riesgo sería sustancialmente más elevado que el descrito entre los años 1985 y 1965, que era de 1 en 150 y de 1 en 600 respectivamente¹³. A nivel mundial también se ha visto un ascenso mantenido en relación a la incidencia, siendo de 2.2 a 2.3 /100.000 habitantes en 1990 y de 2.8 a 3.1 en el 2008 para ambos sexos^{15,16}.

A nivel nacional la Doctora Zememann y cols. tiene la mayor experiencia en el tema, aportando gran parte de las publicaciones.^{1,4,5,10}

En nuestro estudio realizado en la provincia de Osorno, evidenciamos que, al igual que en la estadística nacional, el melanoma se presenta más frecuentemente en mujeres⁴. En relación a este hallazgo, sería interesante poder establecer la homogeneidad de ambos grupos y evidenciar si existen o no diferencias significativas entre ellos. Esto nos permitiría encontrar características en común que nos ayudarían a esclarecer esta tendencia del género femenino. Algunas razones pueden ser la progresiva incorporación de la mujer al campo laboral, que la hace exponerse a los factores de riesgo (temporeras del área

silvoagropecuaria) o por predilección personal del hábito de "tomar sol"^{17,18}. También es importante mencionar la gran cantidad de población con ascendencia europea que habitan en esta zona, los cuales tiene una mayor prevalencia de fototipos de piel tipo I y II, que es otro factor de riesgo para el desarrollo de este cáncer¹⁰. Para generar datos de significancia estadística sería bueno complementar este estudio con uno comparativo entre la provincia de Osorno y la realidad nacional, y ver si existen similitudes o diferencias de este tipo entre ambos grupos.

La edad promedio del diagnóstico de melanoma en ambos sexos fue de 62,05 años. Sin embargo en el sexo femenino existe una tendencia al diagnóstico en edades más tempranas. En relación a esto sería interesante poder comprobar si esta tendencia surge debido a la exposición más temprana de las mujeres al sol, o de una consulta más temprana en relación a cambios en su piel, respecto a los hombres.

En relación a la prevalencia por comuna observamos que la de Osorno posee el mayor porcentaje de casos con un 60%. Sin embargo al analizar estos datos en relación a la población total por comuna, vemos que ésta posee la prevalencia más baja de todas las comunas de la provincia, con una prevalencia 7,47/100.000 habitantes. En el otro extremo nos encontramos con la comuna de San Pablo que con sólo un 15% de los casos obtiene la mayor prevalencia con 29,52/100.000 habitantes.

Con respecto a la fecha de diagnóstico, que en su mayoría fue durante la época de primavera-verano, creemos que ésta puede estar asociada a que en el período estival la población suele vestirse con menor cantidad de ropa, o con prendas que exponen mayor superficie de piel, haciendo visibles lunares o manchas cutáneas que pudiesen haber pasado desapercibidas en estaciones anteriores. Asimismo, este mayor número de diagnósticos en épocas estivales, podría estar asociado directamente a que es durante estas fechas cuando la población se expone en forma más intensa y con menos protección de la ropa a los rayos UV, siendo las zonas que se exponen al sol en forma esporádica como la espalda en los hombres y las piernas en la mujer, fuertemente afectadas¹⁹⁻²¹.

En relación a los segmentos corporales más afectados vemos que en primer lugar están las extremidades inferiores con un 45%, seguidas por cabeza y cuello, con un 20%. Esto se correlaciona a lo encontrado en la literatura donde

mencionan que las áreas más frecuentemente afectadas son aquellas en las que se produce una exposición intensa, intermitente y en las que se desarrollan quemaduras solares, como es el caso de las piernas en mujeres y dorso en hombres¹⁹⁻²¹. En el caso de los melanomas de cabeza y cuello, la elevada exposición solar ocupacional estaría asociada²². Esto último se podría vincular por la alta prevalencia de trabajos agrícolas en esta zona, que se ven expuestos a este tipo de riesgo laboral, sobre todo en el sexo masculino.

Finalmente, es necesario mantener en seguimiento a estos pacientes, para poder tener un registro de su evolución en el tiempo y poder evaluar los resultados oncológicos. Por otro lado, sería interesante recopilar mayores datos, como por ejemplo antecedentes familiares de melanoma, presencia del síndrome de nevus displásico, y la presencia de otros factores de riesgo que aún no están claramente asociados, como por ejemplo el hábito tabáquico²³.

REFERENCIAS

- Zemelman V, Valenzuela C, Fisch F, Road J, Honeyman J. Asertividad en el diagnóstico clínico de los tumores cutáneos. *Rev Méd Chile* 2003; 131:1421-7.
- Weinstock M. Issues in the Epidemiology of Melanoma. *Hematol Oncol Clin North Am* 1998; 12:681-98.
- De Grujil Fr. Skin cancer and solar UV radiation. *Eur J Cancer* 1999; 35: 2003-9.
- Zambrano M, Zemelman V. Estudio epidemiológico del cáncer cutáneo en el Hospital Sótero del Río (1992-2000). *Rev Chil Dermatol* 2004; 20:13-8.
- Zemelman V, Roa J, Díaz C, Araya I, Zamalloa G, Faúndez E. Aumento de la incidencia de cáncer cutáneo en hospitales públicos de la región metropolitana (1992-1998). *Rev Chil Dermatol* 2001; 17:180-5.
- Balch C, Soong S, Gershenwald J. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *J Clin Oncol* 2001; 19:3622.
- Molgo M, Guarda R. Nevos melanocíticos y malignidades cutáneas. En: Guarda R, Gubelin W. *Dermatología esencial*, 1ª Edición. Editorial Mediterráneo Ltda.; 2010. p 221-6.
- Rigel D, Russak J, Friedman R. The Evolution of Melanoma Diagnosis: 25 Years Beyond the ABCDs. *CA Cancer J Clin* 2010;60:301-16.
- Bellolio E, San Martín A, Quiñiñir L, Orellana J, Tapia O, Rifo P, et al. Evaluación de factores histológicos pronósticos de sobrevida en melanoma maligno cutáneo, seguimiento de 13 años. *Rev Chil Cir* 2010; 62:331-8.
- Zemelman V. Radiación ultravioleta, epidemiología del cáncer cutáneo y factores de riesgo. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2007; 18:239-46.
- Elwood J, Diffey B. A consideration of ambient solar ultraviolet radiation in the interpretation of studies of the etiology of melanoma. *Melanoma Res* 1993; 3:113-22.
- Armstrong A. How much melanoma is caused by sun exposure? *Melanoma Res* 1993; 3:395-401.
- Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010; 60:277.
- Benedetto J, Balestrini C, Silva F, Molgo M, González S. Tipos histológicos y variables pronósticas en 596 casos de melanoma maligno de la piel, entre 1976 y 2001. *Rev Chil Dermatol* 2003; 19:94-9.
- Ferlay J, Shin H, Bray F. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. *Int J Cancer* 2010.
- Parkin D, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 80:827.

17. El Ghissassi F, Baan R, Straif K. A review of human carcinogens—part D: radiation. *Lancet Oncol* 2009; 10:751.
18. Molgó M, Castillo C, Vadés R. Conocimientos y hábitos de exposición solar de la población chilena. *Rev Méd Chile* 2005; 133:662-6.
19. Nelemans P, Groenendal H, Kiemeneij L. Effect of intermittent exposure to sunlight on melanoma risk among indoor workers and sun-sensitive individuals. *Environ Health Perspect* 1993; 101:252.
20. Elwood J, Gallagher R, Hill G, Pearson J. Cutaneous melanoma in relation to intermittent and constant sun exposure—the Western Canada Melanoma Study. *Int J Cancer* 1985; 35:427.
21. Zanetti R, Rosso S, Martinez C. Comparison of risk patterns in carcinoma and melanoma of the skin in men: a multi-centre case-case-control study. *Br J Cancer* 2006; 94:743.
22. Whiteman D, Stickley M, Watt P. Anatomic site, sun exposure, and risk of cutaneous melanoma. *J Clin Oncol* 2006; 24:3172.
23. Merimsky O, Inbar M. Cigarette smoking and skin cancer. *Clin Dermatol* 1998; 16:585.