

Melanoma maligno

DERCOS NEOGENIC

Carbajosa-Martínez J¹, García-de Acevedo B²

Resumen

ANTECEDENTES: la incidencia del melanoma ha aumentado desde 1950 de 3 a 7% y sigue siendo causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. En México no sabemos si esa tendencia existe en nuestra población y existen pocas series de casos de la consulta privada.

OBJETIVO: determinar las características epidemiológicas del melanoma maligno de una consulta privada.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de revisión de expedientes de la consulta privada de los casos anuales de melanoma, efectuado de 1993 a 2015.

RESULTADOS: se registraron 38 melanomas, 25 hombres (66%), edad promedio de 70 años. La espalda fue el sitio más prevalente en hombres y la cara en mujeres.

CONCLUSIONES: los resultados son similares a lo reportado en otras series de casos nacionales. Se invita a la creación de un registro nacional de cáncer de piel.

PALABRAS CLAVE: melanoma, epidemiología.

Dermatol Rev Mex 2017 January;61(1):28-33.

Malignant melanoma.

Carbajosa-Martínez J¹, García-de Acevedo B²

Abstract

BACKGROUND: Incidence of melanoma has risen since 1950 from 3 to 7% and is still a cause of morbidity and mortality worldwide. In Mexico we do not know if that tendency exist in our population and there are few case series from the private consult.

OBJECTIVE: To determine the epidemiological characteristics of malignant melanoma from the private practice.

MATERIAL AND METHOD: A retrospective, descriptive and transversal study was done from clinical records from 1993 to 2015.

RESULTS: Thirty-eight melanomas were included, 25 men (66%), average age 70 years old. Back was the most prevalent location in men and face in women. A tendency in the rise of melanoma incidence was shown.

CONCLUSIONS: Results are similar to those reported in other national case series. We make the invitation for the formation of a national skin cancer report.

KEYWORDS: melanoma; epidemiology

¹ Dermatóloga, Médica Sur, Ciudad de México.

² Dermatóloga, Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

Recibido: abril 2016

Aceptado: mayo 2016

Correspondencia

Dra. Josefina Carbajosa Martínez
carbajosa@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como

Carbajosa-Martínez J, García-de Acevedo B. Melanoma maligno. Dermatol Rev Mex. 2017 ene;61(1):28-33.

ANTECEDENTES

A pesar de los avances médicos, del arduo trabajo de detección oportuna, campañas y educación de la población, el melanoma sigue siendo un problema de salud en todo el mundo. Ocupa el sexto lugar de todas las neoplasias en ambos géneros, sin disminución de la mortalidad, porque en Estados Unidos muere una persona cada hora debido al melanoma.¹

Desde el decenio de 1950 se ha observado un incremento mundial de su incidencia de 3 a 7%.¹ Este estudio tiene como objetivo evaluar las características epidemiológicas del melanoma en la consulta privada.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en el que se revisaron los expedientes de la consulta privada de 1993 a 2015 de los casos anuales de melanoma. Se registraron variables como edad, género, topografía y estirpe histológica.

Para el análisis se utilizó SPSS 18 con medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se diagnosticaron 38 melanomas, 25 hombres (66%), con edad promedio de 70 años (límites: 28-90 años). Las topografías más afectadas fueron la espalda y la cara, con diferencias de acuerdo con el género (Figuras 1 a 7).

Los tipos histológicos más frecuentes fueron diseminación superficial y lentigo maligno con 54 y 18%, respectivamente (Figura 8). Once casos requirieron tratamiento oncológico.

La distribución de los casos incidentes anuales de melanoma se observa en la Figura 9, en la

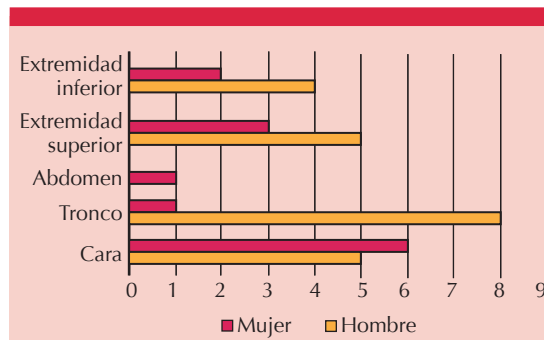


Figura 1. Distribución de las topografías por género.



Figura 2. Melanoma de extensión superficial en la pierna derecha de una mujer de 27 años de edad.

DERCOS NEOGENIC



Figura 3. Melanoma en la pierna derecha. Dermatoscopia con retículo atípico y glóbulos negros.

que se demuestra tendencia al incremento, particularmente a partir de 2010.

DISCUSIÓN

Existen diferencias de incidencia, género, raciales, tipos histológicos y topografías en todo el mundo. Los países con incidencia alta tienen en común un fototipo 1 o 2 de Fitzpatrick; Australia encabeza la lista, con incidencia de 36.7 por 100,000 habitantes, seguido de Estados Unidos con 19.7 y Europa con 7.6 por 100,000 habitantes. En países africanos y latinoamericanos su incidencia es mucho menor. En el caso particular de México, debido a que no existen cifras oficiales, es probable que sea similar a lo reportado en población latina de Estados Unidos: de 4.5 por 100,000 habitantes.^{1,2}

La incidencia del melanoma aumentó en los últimos 30 años. De 2007 a 2011 las tasas permanecieron estables en menores de 50 años, pero aumentaron 2.6% por año en mayores de 50 años.^{1,3} En México, a pesar de que no hay estadísticas nacionales, en las series de casos

de melanoma publicadas, si existe aumento en la incidencia, no puede valorarse por los datos reportados. En las series del Centro Dermatológico Pascua, en las que sí hay registro a través del tiempo, la incidencia parece mantenerse estable.^{4,5} Esta investigación sugiere una tendencia al aumento en la incidencia del melanoma observada en la consulta privada. Este incremento parece ser consecuencia de detecciones oportunas, más eficaces y de mayor conciencia popular.¹



Figura 4. Melanoma maligno *in situ* en la oreja.

VICHY
LABORATOIRES



Figura 5. Melanoma maligno *in situ* en la oreja. Injerto de espesor total.

En los países con incidencia alta, el melanoma se localiza en el tronco y las extremidades superiores en los hombres y en las extremidades inferiores en las mujeres, con ligero predominio de este sexo.¹ En África el melanoma es poco frecuente en su población de color, con predominio en mujeres, del tipo acral lentiginoso en las extremidades inferiores y los pies. En América Latina, en países como Argentina y Uruguay, también predomina el melanoma en mujeres en las extremidades inferiores y en el tronco en hombres. En Brasil, predomina el sexo femenino, con tumores en el tronco y las extremidades de tipo acral lentiginoso.¹ En la serie del Centro Dermatológico Pascua existe ligero predominio en mujeres 1:1.2, edad promedio 58 años, en las extremidades inferiores en

36%, principalmente en las plantas, seguidas del tronco en 25%, con variedades lentigo maligno y extensión superficial.^{4,5} En el ISSSTE de Nuevo León, en 10 años se registraron 39 melanomas; las mujeres representaron 59%.⁶ En la serie de casos de siete años del Hospital privado ABC en la Ciudad de México hubo 73 casos primarios con leve predominio en hombres y mediana de 58 años.⁷ En nuestra serie de casos, al igual que en el Hospital ABC, predominaron los hombres; la edad media fue superior en nuestra serie (70 años), con prevalencia en el tronco en hombres y en la cara en mujeres, a diferencia del resto de las series.

Las diferencias en las topografías entre uno y otro sexo se ha atribuido a la ropa, corte de cabello, ocupación y actividades en las que se exponen al



Figura 6. Melanoma *in situ* en la oreja, tres años después de la intervención quirúrgica.

DERCOS NEOGENIC



Figura 7. Melanoma nodular en la frente.

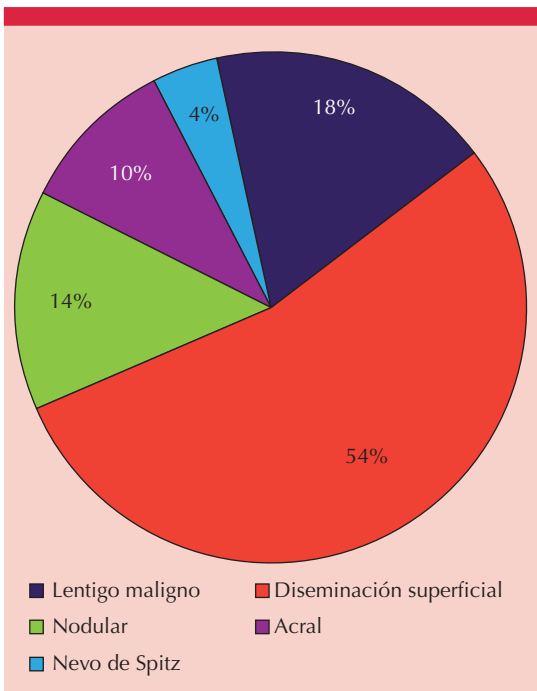


Figura 8. Distribución del melanoma por estirpe histológica.

a los servicios de salud y falta de educación, lo que conlleva a un diagnóstico tardío.

El número de nevos melanocíticos es el factor de predicción más importante de riesgo de melanoma.⁷ La exposición solar como factor de riesgo demostrado puede ser de dos tipos: exposición continua u ocupacional en individuos con pocos nevos que padecerán melanoma en zonas expuestas al sol, o exposición solar intermitente, recreativa, con antecedentes de quemaduras solares en personas con múltiples nevos, que lo padecerán en zonas menos expuestas al sol, como la espalda.^{1,8} Ciertas prácticas, como el uso de cámaras de bronceado, son un factor de riesgo establecido de melanoma de 75% en los que las usaron para broncearse antes de los 30 años de edad.⁹

Los melanomas familiares representan 5 a 10% de todos los melanomas, con alteraciones genéticas como inestabilidad genómica, vías de transducción de señales aberrantes y fenotipo de células madre. Se han identificado subtipos específicos de melanoma como mutación de BRAF en piel expuesta al sol de manera intermitente (melanoma de diseminación superficial), mutación o amplificación de C-KIT en melanomas con daño solar crónico (melanoma lentigo maligno), amplificación de ciclina D1 (CCND1) en melanoma acral y mutación de GNAQ en melanoma uveal.¹⁰ Los melanomas en el tronco suelen mostrar con más frecuencia mutaciones en BRAF, lo que se asocia con polimorfismos de MC1R, que se ve modulado por hormonas sexuales. Las mujeres suelen tener mejor supervivencia que los hombres.

El futuro de la Medicina es prometedor, la incidencia del melanoma parece ser el resultado de la interacción genes-ambiente. Nos aventuramos en la era de la medicina genómica, en la que nuestros genes dictarán nuestras conductas a seguir en nuestra vida diaria, como la exposición

sol. Las diferencias raciales se han explicado por la disparidad socioeconómica, falta de acceso

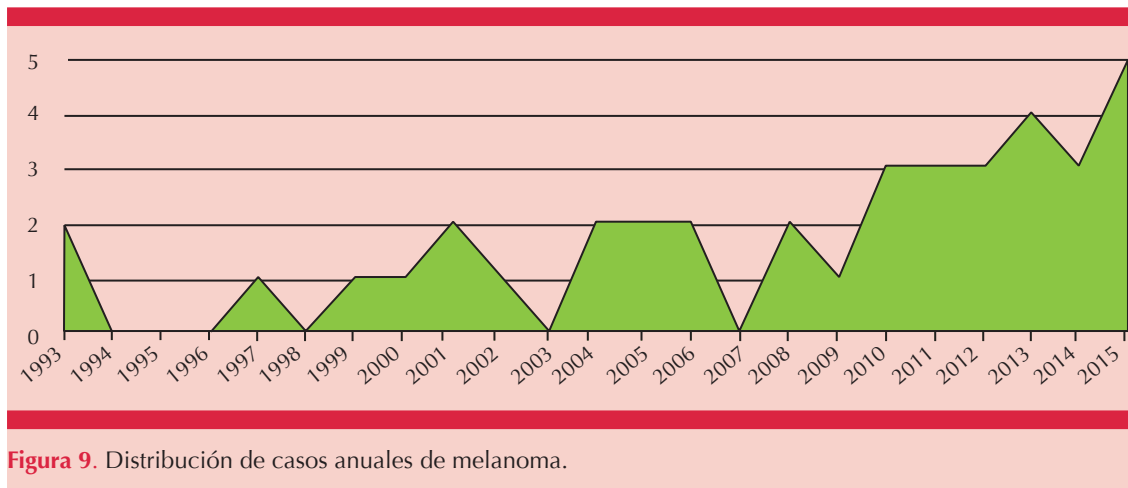
VICHY
LABORATOIRES

Figura 9. Distribución de casos anuales de melanoma.

solar y la susceptibilidad a responder a ciertas medidas terapéuticas.

Este estudio es una invitación y estímulo para que en nuestro país se realicen registros de manera cotidiana. Lo ideal sería elaborar estadísticas no por grupos, escuelas u hospitales, sino un registro nacional en el que los médicos estemos obligados a reportarlos, como ocurre en países industrializados. Debemos continuar en nuestra labor de impulsar a los pacientes a la autoexploración, a acudir a revisión de lesiones sospechosas (el diagnóstico oportuno de melanoma tiene un fuerte efecto en la supervivencia) y al uso del protector solar. El tratamiento del melanoma es multidisciplinario e integral.

REFERENCIAS

1. Erdei E, Torres S. A new understanding in the epidemiology of melanoma. *Expert Rev Anticancer Ther* 2010;10:1811-1823.
2. Mubeec E, Chaudru V, Homandi H, Blondel C, et al. Familial melanoma: clinical factors associated with germline CDKN2A mutations according to the number of patients affected by melanoma in a family. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:1257-1264.
3. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2015*: Atlanta: American Cancer Society, 2015.
4. Hernández-Zárate SI, Medina-Bojórquez A, López-Tello Santillán AL, Alcalá-Pérez D. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermato-oncología del Centro Dermatológico D. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatol Rev Mex* 2012;56:30-37.
5. Saucedo Rangel P, Gutiérrez Vidrio RM, Medina Bojórquez A. Cáncer de piel en el Centro Dermatológico Pascua. Estudio epidemiológico de 10 años. *Dermatol Rev Mex* 2005;49:231-239.
6. Alfaro A, Castrejón L, Rodríguez-Ortiz M. Cáncer de piel. Estudio epidemiológico a 10 años en derechohabientes del ISSSTE en Nuevo León. *Dermatol Rev Mex* 2010;54:321-325.
7. Frías AG, Ortiz HC, Lara-Hernández ME. Estudio epidemiológico de melanoma maligno en el American British Cowdray Medical Center. *An Med (Méx)* 2011;56:196-204.
8. Lipsker D, Engel F, Cribier B, Velten M, et al. Trends in melanoma epidemiology suggest three different types of melanoma. *Br J Dermatol* 2007;157:338-343.
9. El Ghissassi F, Baan R, Straif K, et al. Special report: policy. A review of human carcinogens part D: radiation. *Lancet Oncol* 2009;10:751-752.
10. Carlson JA. On the cusp of a revolution: Melanoma molecular diagnostics. *J Am Acad Dermatol* 2013;69:646-647.