

Aspectos clínicos epidemiológicos del Melanoma Maligno Cutáneo. Hospital Celia Sánchez Manduley. 2011-2012

Clinical and epidemiological aspects of the Malignant Cutaneous Melanoma. Hospital Celia Sanchez Manduley. 2011-2012

Esp. Dermatol. Odisa Mildres Cortés Ros,¹ Ms. C. Francisco Nelson Matos Figueredo,¹ Esp. Dermatol. Juana Esther Corria Tamayo,¹¹ Esp. MGI. Pierina Laida Chávez Valera,¹ Esp. MGI. Salec Hamad Moh- Fadel.¹

¹ Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

¹¹ Policlínico Ernesto Guevara de la Serna. Niquero. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de Melanoma Maligno Cutáneo del Hospital "Celia Sánchez Manduley", en el período de Enero 2011 a Diciembre 2012 con el objetivo de describir algunos aspectos clínicos epidemiológicos en esta patología. La población objeto de estudio estuvo constituida por 9 pacientes con diagnóstico clínico e histológico de Melanoma. La información se obtuvo de las historias clínicas de cada paciente, se estudiaron las variables edad, sexo, raza, formas clínicas, localización, extensión clínica de la lesión y grado de profundidad tumoral. Fue más frecuente en la cuarta década de la vida con un predominio del sexo masculino y la raza blanca; afectándose por igual tanto el tronco como las extremidades por lo que predominó en igual proporción el lentiginoso acral y la forma nodular siendo esta última la que se relacionó con los mayores niveles de profundidad de este tumor, evidenciándose un elevado número de pacientes con extensión de la lesión a linfáticos regionales.

Descriptores DeCS: MELANOMA/epidemiología; MELANOMA/etiología; MELANOMA/cirugía; MELANOMA/diagnóstico; NEOPLASIAS CUTÁNEAS.

ABSTRACT

It was performed a descriptive retrospective study on patients diagnosed with malignant cutaneous melanoma at the hospital Celia Sanchez Manduley within the period from January 2011 to December 2012 with the objective of describing relevant clinical and epidemiological aspects of the disease. The population studied was composed of 9 patients with histological diagnosis of melanoma. Information was obtained from the clinical histories of each patient studying the variables age, sex, race, clinical forms, topography, extension, and tumor profundity. Malignant melanoma is most frequent in the fourth decade of life with evident prevalence within males and those with white ethnicity. It equally affects the trunk and the extremities for which predominated in like proportions the types acral lentiginous melanoma and nodular melanoma, the latter being related to the greatest levels of profundity of this tumor, as evidenced by an elevated number of patients with extension to regional lymphatics.

Subject heading: MELANOMA/epidemiology; MELANOMA / etiology; MELANOMA /surgery; MELANOMA/diagnosis; SKIN NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias que afectan a la piel componen el grupo de cánceres más frecuentes. Se pueden dividir en dos tipos: melanoma y no melanomatosos, estando este segundo grupo constituido por los carcinomas espinocelular y basocelular. ¹

El melanoma es un cáncer de piel que se origina de las células denominadas melanocitos, originadas en la cresta neural que migra durante el desarrollo embriológico y se localiza en la capa basal de la epidermis. Tiene como función la síntesis de melanina a partir de la tirosina, por medio de la enzima llamada tirosinasa. La melanina realiza una función protectora de las células epidérmicas y se encuentra en igual cantidad en las diferentes razas. ²

Fue descrito en el año 1806 por René Laënnac; desde entonces es considerada una patología de difícil tratamiento por su agresividad y elevada mortalidad.³

Afecta a población relativamente joven, siendo una de las neoplasias que causa más número de años potenciales de vida perdidos por cada muerte. Cerca de 160.000 casos nuevos de melanoma se diagnostican cada año en el mundo; siendo el tercer tumor más común de piel y el más agresivo de ellos. Es el quinto y el sexto cáncer más común en hombres y mujeres² En Cuba representa el 1.3% y el 2.5% de todos los tumores malignos en varones y mujeres respectivamente.¹

Aunque la etiología del melanoma se desconoce, si se sabe que existen una serie de factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar este tumor como son las personas de piel clara, que se broncean con dificultad tras la exposición solar y que tienen facilidad para la quemadura solar, con ojos azules y cabello rubio o pelirrojo; los pacientes que han tenido un melanoma o con antecedentes familiares de este o presentar un número muy elevado de nevos melanocíticos (más de 50) o nevos melanocíticos congénitos, así como el padecer un síndrome del nevo displásico o síndrome BK; enfermedades como el xeroderma pigmentoso, la neurofibromatosis o el síndrome de Cowden, también constituyen un riesgo aumentado de desarrollar un melanoma. Además existen factores de riesgo ambientales, como son la exposición prolongada a la radiación ultravioleta o los antecedentes de quemadura solar en la infancia.⁴ También se han involucrado otros factores como la herencia, agentes químicos, físicos e inmunológicos.⁵

El melanoma se produce como resultado de complejas interacciones de factores genéticos y ambientales, determinado por la presencia de mutaciones heredadas o polimorfismos en los genes asociados a melanoma y por la magnitud de la exposición solar aguda o crónica recibida a lo largo de la vida. Los principales genes reconocidos en el melanoma son el CDKN2A y el CDK4, involucrados en el control del ciclo celular. Se han encontrado mutaciones en PTEN, un gen involucrado en la inducción de proteínas supresoras del ciclo celular y de la apoptosis, en 30% a 60% de los melanomas no familiares.

En la proliferación y transformación maligna de los melanocitos se han involucrado mutaciones activadoras de los oncogenes N-RAS y BRAF, que inducen

la activación no controlada de las cinasas de proteínas activadas por mitógenos (MAP cinasas) que conllevan a la proliferación y senescencia celular.⁶

En la actualidad se reconocen cuatro formas clínicas: Melanoma del lentigo maligno, Melanoma maligno extensivo superficial, Melanoma nodular y Melanoma lentiginoso acral.⁷

El diagnóstico del melanoma está basado en tres pilares básicos: interrogatorio, examen clínico e histopatología.⁸

Evitar la aparición de un Melanoma es el tratamiento más importante y para esto se brindan una serie de medidas la más importante es evitar la exposición solar directa excesiva.¹

El tratamiento del melanoma primario consiste en la extirpación quirúrgica amplia hasta la fascia muscular, luego se realiza el estadiaje microscópico de la lesión y según el nivel de invasión (espesor de Breslow), el tamaño del tumor y la localización se ha de proceder a una ampliación de la extirpación de entre 1 y 2cm de margen para reducir la posibilidad de recidiva tumoral y enfermedad residual.⁵

El melanoma es un tumor maligno con gran capacidad metastizante, representando un grave problema de salud, que afecta de manera considerable a la población adulta laboralmente activa, con sus repercusiones económicas y sociales, y su consecuente deterioro en la calidad de vida, con alteraciones funcionales, morfológicas y estéticas importantes, a las que se suma el costo elevado de su tratamiento. Es la principal causa de muerte de los cánceres cutáneos.⁸

En el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley" no se dispone de estudios epidemiológicos actualizados que aborden el tema desde una perspectiva más amplia, que pudieran permitir la mejor comprensión del fenómeno y aportar un enfoque y abordaje más efectivos y considerando que el mismo resulta de suma importancia para el mejor conocimiento de la enfermedad y su prevención, constituyendo lo antes expuesto el problema científico de la presente investigación, además de la motivación principal para la realización de este trabajo y propiciar que en un futuro inmediato puedan mejorar las acciones de salud para bienestar de los enfermos.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a los pacientes con el diagnóstico de Melanoma Maligno Cutáneo del Hospital Celia Sánchez Manduley, en el período de Enero 2011 a Diciembre 2012 con el objetivo de describir algunos aspectos clínicos epidemiológicos en esta patología.

La población objeto de estudio estuvo constituida por nueve pacientes con diagnóstico histológico de Melanoma Maligno Cutáneo en dicho Hospital.

Se tuvo en cuenta como criterio diagnóstico el estudio histológico revisando la biopsia de piel de los pacientes con diagnóstico Melanoma Maligno Cutáneo, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico histológico confirmado de este y excluyendo los que clínicamente tienen diagnóstico de Melanoma Maligno e histológicamente no se confirma el diagnóstico.

Se revisaron las historias clínicas y se estudiaron las variables edad, sexo, raza, formas clínicas, localización, extensión clínica de la lesión y grado de profundidad tumoral.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes según edad y sexo, siendo el grupo etario más afectado el de 40 a 49 años con 3 pacientes para un 33,3 % y el sexo masculino con 7 pacientes representando un 77,7 %.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con Melanoma Maligno Cutáneo según edad y sexo.

Grupo de edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
20-29	1	11,1	1	11,1	2	22,2
30-39	0	0	0	0	0	0
40-49	2	22,2	1	11,1	3	33,3
50-59	1	11,1	0	0	1	11,1
60-69	2	22,2	0	0	2	22,2
70-79	1	11,1	0	0	1	11,1
Total	7	77,8	2	22,2	9	100

Fuente: Historias Clínicas

La raza blanca es la más afectada en los pacientes con Melanoma Maligno Cutáneo según lo demuestra la tabla 2 con 7 pacientes lo que representa el 77,8%.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según raza.

Raza	No	%
Blanca	7	77,8
Negra	0	0
Mestiza	2	22,2
Total	9	100

Fuente: Historias Clínicas

Clínicamente el Melanoma puede manifestarse de diferentes formas; en nuestro estudio como esta representado en la tabla 3, el tipo clínico más frecuente fue el nodular y el lentiginoso acral, con 4 pacientes cada uno para 44,4% respectivamente.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según Formas clínicas.

Formas clínicas	No	%
Melanoma del lentigo maligno	0	0
Melanoma maligno extensivo superficial	1	11,1
Melanoma nodular	4	44,4
Melanoma lentiginoso acral	4	44,4
Total	9	100

Fuente: Historias Clínicas

Tanto el tronco como las extremidades son las localizaciones que más frecuentemente se afectan en este estudio, con 4 pacientes respectivamente para un 44,4%, evidenciándose en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según localización.

Localización	No	%
Cabeza	1	11,1
Tronco	4	44,4
Extremidades	4	44,4
Total	9	100

Fuente: Historias Clínicas

En la distribución según la extensión clínica de la lesión en el momento del diagnóstico predominó la extensión a linfáticos regionales con 5 pacientes (55,6%), seguidas por las lesiones localizadas con 3 casos (%) y uno solo con lesión a distancia representando el 11,1% de los pacientes estudiados (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los pacientes según extensión clínica de la lesión.

Extensión clínica de la lesión	No	%
Localizada	3	33,3
Linfáticos regionales	5	55,6
Metástasis	1	11,1
Total	9	100

Fuente: Historias Clínicas

En la tabla 6 se presentan a los pacientes con esta patología relacionando las formas clínicas con el grado de profundidad tumoral, evidenciándose que la forma Nodular es la que se relaciona con mayor grado de profundidad de este tumor con 3 pacientes en el nivel III y uno en el nivel V.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según formas clínicas y grado de profundidad tumoral.

Formas clínicas	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V
Melanoma maligno extensivo superficial	1				
Melanoma nodular			3		1
Melanoma lentiginoso acral	2	1	1		
Total	3	1	4		1

Fuente: Historias Clínicas

DISCUSIÓN

En el estudio epidemiología y prevención del cáncer de piel: Melanoma se encontró que es un tumor que afecta a la población relativamente joven Y representa el 1.3% y el 2.5% de todos los tumores malignos en varones y mujeres respectivamente, mientras que los valores mundiales son del 2.4% y del 4.9% por lo que se presenta con más frecuencia en mujeres.¹

En el estudio titulado cáncer de piel en verano se recoge que Aproximadamente la mitad del número de casos de melanomas se presenta en personas mayores de 50 años, ⁷ y en otro realizado en Holguín obtuvieron que la mayor incidencia de los pacientes en el momento del diagnóstico fue entre los 50 y 59 años y fue el sexo

masculino el que predominó, coincidiendo con este estudio en cuanto al sexo como el de mayor incidencia.⁸

Este tumor afecta a la población relativamente joven, dato que concuerda con este trabajo y es el sexo masculino el que se afecta con más frecuencia en este estudio pudiendo estar relacionado con los factores de riesgos que se invocan en la aparición de este tumor sobre todo con la exposición al sol pues es precisamente este sexo el que realiza trabajos con mayor exposición a este.

La incidencia de melanoma es 20 veces más alta en blancos que en negros y 4 veces más alta en blancos que en hispánicos.¹

La sensibilidad de la piel al sol y la dificultad para broncearse, aumenta el riesgo de melanoma,⁹ presentes precisamente en la piel blanca lo que se demostró en un estudio realizado en Austria con 244 pacientes con Melanoma en este tipo de piel con incapacidad para broncearse. La piel blanca tiene menos cantidad de ácido urocánico que la negra, este tiene un efecto fotoprotector contra la quemadura solar pues absorbe las radiaciones ultravioletas en la epidermis, lo que explicaría la mayor sensibilidad de este tipo de piel y la dificultad para broncearse lo que la hace a estos pacientes más susceptibles de padecer Melanoma.⁷

En un estudio realizado en la provincia de Holguín se demostró que la forma clínica más frecuente encontrada fue el lentiginoso acral pudiendo estar relacionado con que estas áreas donde se presentan están sometidas a mayor roce y fricción y si existen nevos preexistentes los conlleva a la modificación hacia la malignidad, no así el nodular que se presenta con poca frecuencia en el resto de los estudios y lo hace fundamentalmente en zonas menos expuestas como el tronco.⁸

El Melanoma puede presentarse en cualquier localización del tegumento cutáneo y /o mucoso. En el estudio realizado en Holguín se percataron que la localización más frecuente era a nivel de los miembros inferiores seguida por la localización en tronco, presentándose en este trabajo en igual proporción, no relacionándose con otros estudios que han demostrado que la localización más frecuente es la cabeza y el cuello por ser zonas expuestas.

Los autores consideran estas localizaciones las más frecuentes encontradas por la presencia en ellas de lesiones névicas anteriores las cuales al estar sometidas a roce y fricción sufrieron modificación hacia la malignidad.

En los casos típicos, los melanomas recurren o generan metástasis en forma ordenada, para ocasionar primero recurrencias locales, luego, metástasis regionales y, por último, metástasis a distancia.⁹

Resultados como los de este trabajo fueron reportados por Aida Dager Haber, quien encontró como extensión clínica más frecuente a linfáticos regionales con un 45,05% de sus pacientes, seguidas por las lesiones localizadas con 9 pacientes y uno solo con metástasis a distancia.⁸

La sobrevida a cinco años de los casos con melanoma maligno primario localizado es de aproximadamente un 80% comparada con un 35% cuando los ganglios están comprometidos. Entre el 15 y el 36% de los pacientes con estadios I y II de melanomas presenta alguna forma de recurrencia o metástasis durante su evolución clínica. La presencia de metástasis sistémicas de melanoma suele ser indicadora de rápido desenlace fatal: sólo entre el 5% y el 10% de los pacientes sobreviven a los 5 años, con sobrevida promedio menor a seis meses.⁹

El riesgo de metástasis está directamente relacionado con la profundidad del tumor. Se pueden presentar metástasis a distancia sin compromiso de los ganglios regionales, y esto se da por la diseminación hematológica como se presenta en el caso del paciente de este estudio.²

El 75% de las metástasis ocurren dentro de los 2 a 3 primeros años postcirugía y la mayoría de las veces son detectadas por el propio paciente,⁸ evidenciándose que estos pacientes todavía no presentan estos años de evolución.

El principal factor pronóstico del melanoma es la profundidad de la lesión, clasificada por Breslow.

Casi todos los Melanomas muestran una fase de crecimiento radial inicial seguida de una posterior fase de crecimiento vertical. Este último es el crecimiento hacia la dermis y, por lo tanto, hacia la vecindad de vasos que sirven como averidas para

metástasis. La diferencia de pronóstico entre los tipos clínicos de Melanomas se relaciona principalmente con la duración de la fase de crecimiento radial, que puede durar de años a décadas en el Melanoma lentigo maligno, de meses a 2 años en el extensivo superficial y 6 meses o menos en el nodular. ²

Este resultado se debe precisamente a lo planteado anteriormente por Fitzpatrick quien puntualiza además que el Melanoma Nodular desde el inicio está en fase de crecimiento vertical por lo que al diagnosticarlo se encuentra en etapas ya avanzadas. ⁹

CONCLUSIONES

El Melanoma Maligno Cutáneo fue más frecuente en la cuarta década de la vida con un predominio evidente del sexo masculino y la raza blanca; afectándose por igual tanto el tronco como las extremidades por lo que predominó en igual proporción el lentiginoso acral y la forma nodular siendo esta última la que se relacionó con los mayores niveles de profundidad de este tumor, evidenciándose un elevado número de pacientes con extensión de la lesión a linfáticos regionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaviria JL, Niño CJ. Melanoma: actualización en su enfoque y tratamiento. Universitas Médicas [Internet] 2005 [citado 6 de febrero de 2014]; 46: (3). Disponible en:
http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fmed.javeriana.edu.co%2Fpubli%2Funiversitas%2Fserial%2Fv46n3%2F2%2520melanoma.pdf&ei=rO4SVNK5CLTGsQSC8oDgCg&usg=AFQjCNHOz4wpKIJwXD-Ht8WVAo99UZS_mw&bvm=bv.75097201,d.cWc
2. Lavanderos J, Pérez J, Jerria S, Concha D. Actualizaciones en melanoma maligno. Cuaderno Cirugía; 2010; 24: 47-56.
3. Requena L. Melanoma. [Internet] s/a [citado 8 de marzo de 2014]. Disponible en:
<http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.menarini.es%2Fimages%2Fder>

matopatologia%2FDerma090.pdf&ei=qPASVKbcJcK1sQTsk4HYCw&usg=AFQjCNGuit6JnR9zt4Xli3v5drti8h-EcA&bvm=bv.75097201,d.cWc

4. Victoria Bárzaga HO, Ramos Cabrera A, Lazo Sánchez L, Torres García R. Melanoma lentiginoso acral: Reporte de un caso. AMC [Internet]. 2008 Oct [citado 2014 Sep 12]; 12(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500013&lng=es.
5. Acosta A, Fierro E, Velásquez V, Rueda E. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología. Rev Asoc Col Dermatol 2009; 17(2): 87-108.
6. Masloski J, Piat G, Lujan A, De la Rosa C. Melanoma. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina 2008; (183). Disponible en: http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=OCB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fmed.unne.edu.ar%2Frevista%2Frevista183%2F3_183.pdf&ei=Z_MSVJPGKbePsOT5m4LAAg&usg=AFQjCNHJoncly4udroCtptu8iVwigjX4eA&bvm=bv.75097201,d.cWc
7. Rosés A. Cáncer de piel en el verano. [Internet] s/a [citado 23 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos913/cancer-piel-verano/cancer-piel-verano.shtml>
8. Dager A, Pérez A, Batista N, Hernández O. Melanoma Maligno cutáneo. Algunos aspectos clínico– epidemiológicos. Correo Científico Médico de Holguín 2009; 10(1).
9. Fitzpatrick T, Wolf k. Melanoma Nodular. En: Fitzpatrick T. Atlas en color y sinapsis de dermatología clínica. 6ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010. p. 308-320.

Recibido: 21 de mayo de 2014.

Aprobado: 3 de junio de 2014.

Odisa Mildres Cortés Ros. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez
Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba. E-mail: odismil@grannet.grm.sld.cu