



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS DEL MELANOMA MALIGNO EN CARTAGENA.

CLINICAL AND PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MALIGNANT MELANOMA IN CARTAGENA.

Herrera-Arrieta Jairo¹
Juan-Guardela Emilio¹
Paternina-Caicedo Ángel²
Alvis-Zakzuk Nelson³

Correspondencia: angel.paternina@gmail.com

Recibido para evaluación: febrero – 02 – 2014. Aceptado para publicación: mayo – 26 - 2014

RESUMEN

Introducción: en Colombia la mortalidad causada por el melanoma maligno se ha incrementado, siendo las características clínicas e histopatológicas poco conocidas.

Objetivo: describir el comportamiento clínico y anatómico patológico del melanoma maligno en una serie de pacientes de la ciudad de Cartagena de Indias, captados entre los años 2007-2012.

Metodología: estudio retrospectivo realizado en dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, Colombia. Se analizaron las variables edad, sexo, tipo histológico del melanoma, localización anatómica, nivel de Clark y espesor de Breslow. Se aplicaron técnicas de análisis descriptivo. Se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y acumuladas para variables categóricas. Como medida de dispersión de los datos, se utilizaron intervalos de confianza del 95% para las variables categóricas/dicotómicas. El análisis de los datos se realizó en Epidat 3.1.

Resultados: se captaron 27 personas, de las cuales el 59.3% fueron mujeres. El 63% tenía entre 40 y 70 años. Las diferencias de edades entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas ($p=0.661$). Las localizaciones más frecuentes fueron los miembros inferiores (51.8%). Los tipos histológico más encontrados fueron el acral lentiginoso (29.5%) y el nodular (29.5%). El 48.1% tenía infiltración de la dermis entre 0.75 mm - 1.5 mm, el 7% era in-situ y el 33% tenía infiltración a través de la dermis reticular llegando al tejido subcutáneo.

Conclusión: no existieron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo de los pacientes con melanoma maligno. Seis de cada diez tenían melanoma maligno tipo acral lentiginoso o nodular. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(1):66-70**

¹ Médico. Universidad del Sinú. Seccional Cartagena. Colombia.

² Médico. Universidad de Cartagena. MSc. Grupo de Investigación en Economía de la Salud. Universidad de Cartagena. Colombia.

³ Economista. Universidad de Cartagena. MSc (e) Grupo de Investigación en Economía de la Salud. Universidad de Cartagena, Colombia.

PALABRAS CLAVE

Melanoma; Neoplasias cutáneas; Servicio de oncología en hospital.

SUMMARY

Introduction: in Colombia, the mortality caused by the malignant melanoma has increased, being the clinical and histopathological characteristics little known.

Objective: to describe clinical and anatomopathological performance of malignant melanoma in a series of patients from Cartagena de Indias, diagnosed from 2007 to 2012.

Methodology: retrospective study carried out in two third level hospitals from Cartagena, Colombia. The variables analyzed were: age, gender, histological type and anatomic location of melanoma, Clark level and Breslow thickness. Descriptive analysis techniques were applied. Absolute, relative and accumulated frequencies for categorical variables were used. For categorical/dichotomic variables, 95% confidence intervals were used as measure of dispersion of data. Data analysis was made with Epidat 3.1.

Results: 27 people were diagnosed and 59.3% were women. 63% of patients were from 40 to 70 years old. Age differences between men and women were not statistically significant ($p=0.0661$). The most frequent locations were lower limbs (51.8%) and upper limbs (18.5%). The most frequently histological types found were acral lentiginous (29.5%) and nodular (29.5%). 48.1% of patients had dermal infiltration between 0.75 mm - 1.5 mm, 7% were in-situ and 33% had infiltration through the reticular dermis reaching subcutaneous tissue.

Conclusion: there were not statistically significant differences in the gender of patients with malignant melanoma. Six of each ten patients had acral lentiginous or nodular type of malignant melanoma. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(1):66-70**

KEYWORDS

Melanoma; Skin neoplasms; Oncology service hospital.

INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno causa anualmente 55.489 muertes en el mundo y su incidencia ha aumentado a nivel mundial en los últimos años (1). En el 2012 se presentaron 232.130 nuevos casos de melanoma maligno (1) y aproximadamente el 85% ocurren en países desarrollados, donde se ubica como el sexto tipo de cáncer más frecuente (2). A nivel mundial, la incidencia del melanoma es significativamente menor en las poblaciones no blancas (3,4), por eso la mayor incidencia se presenta en Australia y es menos común entre los países asiáticos (5-10).

La tasa de mortalidad por cáncer de piel se incrementó aproximadamente en 58% en las últimas dos décadas, de acuerdo al estudio de Carga Global de Enfermedad (11,12). En Latinoamérica son escasas las publicaciones y poca la información (8). El aumento de la incidencia del melanoma maligno en Colombia en los últimos años, hace necesario el estudio de la patología, sobre todo porque las características clínicas e histopatológicas

son desconocidas. GLOBOCAN ha señalado que la mortalidad por este tipo de cáncer ha aumentado (1,7,13). El objetivo es describir el comportamiento clínico y la anatomía patológica del melanoma maligno, en una serie de pacientes de la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia, entre los años 2007-2012.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo que describe el comportamiento clínico y anatómo-patológico del melanoma maligno en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia.

Se incluyeron todos los pacientes consecutivamente admitidos entre los años 2007 al 2012, en dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, Colombia, el Hospital Universitario del Caribe y la Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Los criterios de inclusión fueron, pacientes de ambos sexos y diagnóstico confirmado por anatomía patológica de melanoma maligno en cualquier zona corporal. No se excluyó ningún paciente. Se tomaron en consideración las variables: edad,

sexo, tipo histológico del melanoma, localización anatómica, clasificación del estadio según el espesor de Breslow y la determinación del grado de invasión de acuerdo con la clasificación de Clark. La clasificación del espesor de Breslow para melanoma maligno (9), se describe en la Tabla N° 1. La clasificación de Clark (10), para estimar el grado de invasión, se presenta en la Tabla N° 2.

TABLA N° 1. CLASIFICACIÓN DEL ESPESOR DE BRESLOW PARA MELANOMA MALIGNO	
Estadio	Profundidad
I	Menor o igual a 0.75 mm
II	0.75 mm - 1.5 mm
III	1.51 mm - 2.25 mm
IV	2.25 mm - 3.0 mm
V	Mayor de 3.0 mm

TABLA N° 2. CLASIFICACIÓN DE GRADOS DE INVASIÓN DE CLARK PARA MELANOMA MALIGNO	
Grados	Descripción
I	Lesión limitada a la epidermis. (Melanoma in situ)
II	Infiltración de la dermis papilar, sin alcanzar la interfase papilar reticular de la dermis
III	Infiltración que ocupa y se expande a la dermis papilar, pero no penetra la dermis reticular
IV	Infiltración en la dermis reticular sin llegar al tejido subcutáneo
V	Infiltración a través de la dermis reticular llegando al tejido subcutáneo

TABLA N° 3. EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON MELANOMA MALIGNO EN CARTAGENA.									
Edad	Femenino			Masculino			Total		
	n	%	% acumulado	n	%	% acumulado	Total	% (IC95%)	% acumulado
30-39	2	12.5	12.5	0	0.0	0.0	2	7.4 (0.9 - 24.3)	7.4
40-49	4	25.0	37.5	2	18.0	18.2	6	22.2 (8.6 - 42.3)	29.6
50-59	3	18.8	56.3	2	18.0	36.4	5	18.5 (6.3 - 38.1)	48.1
60-69	4	25.0	81.3	2	18.0	54.5	6	22.2 (8.6 - 42.3)	70.4
70-79	2	12.5	93.8	3	27.0	81.8	5	18.5 (6.3 - 38.1)	88.9
80-89	1	6.3	100.0	2	18.0	100.0	3	11.1 (2.4 - 29.2)	100.0
TOTAL	16	100.0	-	11	100.0	-	27	100	-

Se tabularon las variables recolectadas y se aplicaron técnicas de análisis descriptivo. Para establecer las medidas de dispersión, se utilizaron intervalos de confianza del 95% para las variables categóricas/dicotómicas. El análisis se realizó con el paquete Epidat 3.1.

RESULTADOS

Se captaron 27 personas, de los cuales 16 (59.3%) fueron mujeres. El 63% tenían entre 40 y 70 años de edad. Las diferencias de edades entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas ($p=0.661$). (Tabla N° 3).

Las localizaciones fueron: 14 casos en miembros inferiores (51.8%), 5 en miembros superiores (18.5%), 4 en la cabeza (14.8%), 2 en el tórax (7.4%) y 2 en el dorso (7.4%).

De acuerdo al tipo histológico, el acral lentiginoso fue el más frecuente, al identificarse 8 casos (29.5%), seguido por el nodular con 7 (29.5%), el lentigo maligno *in situ* con 6 (22,2%), el melanoma de extensión superficial con 3 (11,1%) y otras lesiones diversas, 3 casos (11.1%).

El grosor vertical de la lesión de acuerdo a la clasificación del espesor de Breslow y su distribución según el tipo histológico se describe en la Tabla N° 4.

El grado de infiltración del melanoma maligno según el tipo histológico se presenta en la Tabla N° 5.

TABLA N° 4. CLASIFICACIÓN DEL ESPESOR DE BRESLOW SEGÚN TIPOS HISTOLÓGICOS						
Tipo histológico	IA	IB	IIA	IIB	In situ	Mucosas órganos
Extensión superficial	1	2	0	0	0	0
Lentigo maligno	1	1	0	1	2	1
Nodular	2	0	2	3	0	0
Acral lentiginoso	1	0	1	5	0	1
Otros	0	1	0	1	0	1
Total	5 (18.6%)	4 (14.8%)	3 (11.1%)	10 (37.0%)	2 (7.4%)	3 (11.1%)

TABLA N° 5 CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE INFILTRACIÓN SEGÚN TIPOS HISTOLÓGICOS								
Tipo histológico	I	II	III	IV	V	In situ	Mucosas órganos	Total
Extensión superficial	0	1	1	1	0	0	0	3 (11.1%)
Lentigo maligno	1	1	0	0	1	2	1	6 (22.2%)
Nodular	0	0	2	2	3	0	0	7 (26.0%)
Acral lentiginoso	0	1	0	2	4	0	1	8 (29.6%)
Otros	0	0	0	1	1	0	1	3 (11.1%)
Total	1 (3.7%)	3 (11.1%)	3 (11.1%)	6 (22.2%)	9 (33.3%)	2 (7.4%)	3 (11.1%)	27 (100%)

DISCUSIÓN

Este estudio muestra las características clínicas y anatómico patológicas del melanoma maligno en una ciudad del Caribe colombiano. Se encontró que no había diferencias significativas en la prevalencia, según el sexo de los pacientes con melanoma maligno. Además, no se presentaron casos en menores de 30 años, probablemente porque esta patología es más frecuente en los adultos; diferentes estudios han descrito que las tasas se incrementan drásticamente a partir de los 50 años (13-15). En esta investigación el 70.3% de los casos con melanoma maligno se presentan en mayores de 50 años. En una evaluación realizada en Perú, a partir de los 45 años la frecuencia de melanoma maligno aumentó considerablemente, en ambos sexos y el lugar donde se presentó con más frecuencia fueron los miembros inferiores (16).

En este trabajo el 51.8% de los tumores se presentaron en miembros inferiores. De forma similar, en un estudio realizado en Chi-

le se observó que el 50% tenía tumores en miembros inferiores (17). De igual forma, en una serie de 31 casos en México, las extremidades inferiores fueron las zonas con mayor frecuencia de melanoma maligno, mientras que según el tipo de melanoma, el acral lentiginoso fue el más frecuente (18). Resultados que son muy similares a los obtenidos en el presente estudio.

El melanoma representa el 4% de los tumores malignos de la piel (7). En América Latina la incidencia de melanoma maligno es variable. En Uruguay es de 4.0 por 100.000 habitantes; en Colombia de 3.3 por 100.000 habitantes, en Argentina 2.9 por 100.000 habitantes y en Brasil de 2.8 por 100.000 habitantes. Por otro lado, en Estados Unidos es 14.3 por 100.000 habitantes y en Canadá 9.59 por 100.000 habitantes, teniendo los dos últimos las mayores incidencias del continente (1).

Existe asociación entre la incidencia de cáncer de piel y la exposición al sol, hay estudios que han encontrado que el color de piel también influye en la incidencia de melano-

ma maligno (12). Ello se observa también en la investigación de Sánchez (13) donde se informó que en Bogotá, Antioquia y Cundinamarca se registran las mayores tasas de incidencia de cáncer de piel en Colombia, mientras que en zonas como Bolívar, Chocó y La Guajira, son las menores.

El presente estudio presenta limitaciones. En primera instancia, la muestra de pacientes puede no representar el comportamiento de la patología en la región. Sin embargo, es una buena aproximación para el examen de un área poco explorada. El diseño retrospectivo pudo incrementar la posibilidad de sesgos de información. Con el fin de contrarres-

tar esta limitación, la recolección de información fue realizada por personal entrenado del área de la salud.

CONCLUSIÓN: el 60% de los pacientes evaluados con melanoma maligno, tenían los tipos acral lentiginoso o nodular y solo el 7% tenían lesiones in-situ.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GLOBOCAN: Estimate cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [Internet]. Lyons: International Agency for the Reseach Cancer; 2014. GLOBOCAN Hojas informativas de población; 2014 enero 1 [cited 2014 Enero 14]; Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.
2. Erdmann F, Lortet-Tieulent J, Schüz J, Greinert R. International trends in the incidence of malignant melanoma 1953-2008-are recent generations at higher or lower risk? *Int J Cancer*. 2013; 132(2):385-400.
3. Rigel DS. Epidemiology of melanoma. *Semin Cutan Med Surg*. 2010;29(4):204-209.
4. Siegel R, Naishadham M, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(5):277-300.
5. Pailoor J, Mun KS, Leow M. Cutaneous malignant melanoma: clinical and histopathological review of cases in a Malaysian tertiary referral centre. *Malay J Pathol*. 2012;34(2): 97-101.
6. Giblin AV, Thomas JM. Incidence, mortality and survival in cutaneous melanoma. *J Plast Surg Reconstr Aesthet*. 2007;60(1):32-40.
7. Acosta AE, Fierro E, Velásquez VE, Rueda X. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología. *Rev. Asoc. Col. Dermatol*. 2009;17(2):87-108.
8. Kennedy C, Bajdik CD. Descriptive epidemiology of skin cancer on Aruba: 1980-1995. *Int J Dermatol*. 2001; 40(3):169-174.
9. Breslow A. Thickness, cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. *Ann Surg*. 1970;172(5):902-928.
10. Weedon D. *Weedon Skin pathology*. Sydney:Churchill-Livingstone; 2002.
11. Lozano R, Naghavi M, Capataz K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-2128.
12. Tuong W, Cheng LS, Armstrong AW. Melanoma: epidemiology, diagnosis, treatment, and outcomes. *Dermatol Clin*. 2012;30(1):113-124.
13. Sánchez G, Nova J, de la Hoz C, Castañeda C. Incidencia de cáncer de piel en Colombia, años 2003-2007. *Piel*. 2011. 26(4):171-177.
14. Christenson LJ, Borrman TA, Vachon CM, Megha M, Tollefson MD, Clark C, et al. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. *JAMA*. 2005;294(6):681-690.
15. Karagas MR, Greenberg ER, Spencer SK, Stukel TA, Mott LA. Increase in incidence rates of basal cell and squamous cell skin cancer in New Hampshire, USA. *New Hampshire Skin Cancer Study Group*. *Int J Cancer*. 1999;81:555-559.
16. Gutiérrez C, Alarcón E, Valle R, Calderón G. Epidemiología del melanoma maligno en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú, 2000-2004. *Folia dermatol Perú*. 2007;18(1):23-27.
17. San Martín A, Qininir SL, Villaseca HM, Bustos ML. Características clínico-patológicas del melanoma maligno en pacientes del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. *Rev. ANACEM*. 2008;II(1):36-39.
18. Rosas S, Baca T, Muñoz D, Muñoz F, Muñoz G. Estudio clínico, epidemiológico e histopatológico de melanoma maligno. Serie de 31 casos. *CIMEL*. 2003; 8(1):24-28.