

ARTÍCULO CLÁSICO

Melanoma maligno, estudio anátomo-patológico en un período de ocho años

Dra. María A. Vergara Hidalgo¹

Dr. Rafael Castillo García²

Dra. María L. García Gómez³

Est. Viveity Hernández Castellón⁴

Est. Ernesto Javier Lagomasino Vergara⁴

RESUMEN

En las últimas décadas se ha notado un aumento en la incidencia del melanoma maligno en todo el mundo; la importancia del diagnóstico precoz del mismo y su estrecha relación con los factores ambientales fueron las razones fundamentales que motivaron este trabajo, cuyos objetivos fueron determinar la incidencia del melanoma maligno en nuestro medio que señala de forma específica su distribución por la edad y el sexo, definir su principal sitio de localización anatómica y precisar las variantes histológicas más frecuentes. En esta investigación descriptiva retrospectiva se revisaron un total de 40 964 solicitudes de biopsias; se escogió una muestra de 69 - condicionada por las características de ser melanoma maligno cutáneo-, se realizó un análisis estadístico y se operacionalizaron las siguientes variables: la edad, el sexo, la localización del tumor maligno, la variante histológica y el índice pronóstico; los resultados principales fueron un incremento en el diagnóstico del melanoma maligno; el mayor número de casos fue observado en la quinta década de la vida; los miembros inferiores son la localización anatómica más frecuente; la variante histológica que predominó fue la extensiva superficial, los niveles I y II de Clark y el grupo I de Breslow.

DeCS:

MELANOMA/diagnóstico

EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA

SUMMARY

There has been a worldwide increase in the incidence of malignant melanoma over the last decades. The importance of its early diagnosis and the close relationship with environmental factors has been the fundamental reason that motivated this work which is aimed at determining the incidence of malignant melanoma in our environment identifying its distribution according to age and gender, the main anatomical location and the most common histological variants. A total amount of 40 964 biopsy requests were reviewed in this descriptive retrospective study. A sample of 69 cases was chosen – taking into account the presence of cutaneous malignant melanoma. A statistical analysis was carried out and the following variables were operationalized: age, gender, location of the malignant tumor, histological variant and prognostic index. The main results were an increase in the diagnosis of malignant melanoma; most of the cases were in the fifth decade of life; the lower limbs were the most common anatomical location; the predominant histological variant was the superficial extensive one, Clark's levels I and II and Breslow's group one.

MeSH:

MELANOMA/diagnosis

EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de muerte en Cuba para todos los grupos de edades; cada año se diagnostican entre 20 000 y 25 000 casos.¹

En las últimas décadas se ha notado un aumento -en todo el mundo- en la incidencia del melanoma maligno (más notable en jóvenes que en mayores de 65 años),^{2,3} en Cuba la tasa de mortalidad es de 1.3 a 1.2 por cada 100 000 habitantes para el sexo masculino y femenino respectivamente, representa el 0.6% de todos los cánceres y el 3.8% de los de la piel.^{1,4}

El melanoma es una neoplasia maligna de melanocitos que suele aparecer con más frecuencia en la piel, pero también puede hacerlo en la cavidad oral, el esófago, el canal anal, la vagina, la leptomeninges, la conjuntiva, en el interior del ojo y en otras localizaciones.³⁻⁵ Los melanocitos en la epidermis son las células responsables de la producción de melanina -importante barrera endógena frente a los nocivos rayos ultravioleta de la luz solar-; las exposiciones a la misma de forma intensa y repetitiva, junto con el antecedente de quemaduras en la infancia, constituyen unos de los factores de riesgo en la aparición de este tumor. Entre otros factores de riesgo se encuentran la predisposición genética, el papel precursor de lesiones pigmentadas, el estado inmunológico del paciente y la existencia de un fototipo cutáneo especial: personas que toleran mal el sol, se queman con facilidad y se broncean con dificultad; las radiaciones ultravioletas se consideran el principal factor desencadenante para el desarrollo del melanoma en enfermos genéticamente predispuestos.

A pesar de la elevación general en la incidencia del melanoma maligno la mortalidad tiende a estabilizarse, lo que se debe al diagnóstico más precoz -por el gran número de campañas de prevención- y a la mayor sensibilización de la población,⁶⁻⁹ su pico de incidencia se encuentra entre los 40 y 60 años, aunque puede observarse en todos los grupos de edades; no se señala predominio para el sexo y son los miembros inferiores la localización anatómica más frecuente. Se evalúan los niveles de Clark, que representan la capacidad de las células tumorales de invadir la dermis y el espesor de Breslow, que define la cantidad de tumor invasivo en el corte.

Histológicamente se clasifican en cuatro tipos:^{4,10,11}

- Melanoma extensivo superficial
- Melanoma léntigo maligno
- Melanoma lentiginoso acral
- Melanoma nodular

Por el incremento en los últimos años del desarrollo de este tumor la mayor parte de los diagnósticos de esta enfermedad se realizan en el Hospital Provincial Universitario "Celestino Hernández Robau" -cuyo volumen de trabajo lo constituyen, fundamentalmente, pacientes de la Especialidad de Oncología- y, por aparecer en el órgano más accesible a la exploración, así como por la necesidad de un diagnóstico precoz dada la agresividad del mismo, hacemos este trabajo, con la finalidad de lograr una mayor sensibilidad en la población y en los Profesionales de la Atención Primaria de la Salud para que contribuyan, con las medidas de prevención, a que cada vez se traten más melanomas en fase inicial (cuando la mayor parte de ellos son curables) y se reduzcan las cifras tan elevadas de este tipo de lesión en los momentos actuales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la confección de este trabajo se realizó una investigación observacional descriptiva retrospectiva donde se revisaron todas las solicitudes de biopsias (40 964) realizadas entre los años 2000 y 2007 en el Departamento de Anatomía Patológica del Centro y se tomaron aquellas en las que se diagnosticó un melanoma maligno cutáneo (69); de ellas se extrajeron los siguientes datos: la edad, el sexo, la localización del tumor maligno, la variante histológica del mismo así como los niveles de Clark y el índice de Breslow. Se confeccionaron tablas y se compararon los resultados con las literaturas nacional e internacional actualizadas.

RESULTADOS

Es importante señalar que la cifra en el diagnóstico de melanoma maligno ha aumentado progresivamente: en el año 2005 hubo 17 diagnósticos, el 0.47% de las biopsias de piel recibidas.

Tabla 1. *Incidencia del melanoma maligno*

Año	Biopsias	Melanoma	%	Tasa por 1 000
2000	4.480	4	0.08	0.89
2001	5.668	8	0.14	1.41
2002	5.812	7	0.12	1.20
2003	4.645	8	0.17	1.72
2004	5.725	9	0.15	1.57
2005	5.005	17	0.33	3.39
2006	4.974	8	0.16	1.60
2007	4.655	8	0.17	1.71
Total	40.964	69	0.16	1.68

Fuente: solicitudes de biopsias

Podemos señalar que los grupos de edades más afectados fueron los correspondientes a 40-49 años para el sexo femenino y de 50-59 años en el masculino, lo que muestra un discreto predominio del primero.

Tabla 2. *Distribución del melanoma maligno por la edad y el sexo*

Edad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
20-29	1	25	3	75	4	5.7
30-39	2	40	3	60	5	7.4
40-49	11	61.2	7	38.8	18	26.2
50-59	7	35	13	65	20	28.9
60-69	3	21.4	11	78.6	14	20.4
70-79	3	50	3	50	6	8.6
80-89		-	2	100	2	2.8
Total	27	39.1	42	60.9	69	100

Fuente: solicitudes de biopsias

Las localizaciones anatómicas más afectadas fueron el tronco y las extremidades inferiores.

Tabla 3. *Distribución del melanoma maligno según su localización*

Localización	No. de casos	%
Miembros inferiores	19	27.5
Tórax	16	23.3
Tronco	15	21.7
Miembros superiores	10	14.5
Cabeza	9	13.0
Total	69	100

Fuente: solicitudes de biopsias

El melanoma extensivo superficial mostró un franco predominio en el total de los casos estudiados.

Tabla 4. *Distribución del melanoma maligno según tipo histológico*

Tipo histológico	No. de casos	%
Melanoma extensivo superficial	55	79.8
Nodular	10	14.5
Acral	4	5.7
Total	69	100

Fuente: solicitudes de biopsias.

Es significativo que en los índices de Clark y Breslow -en el melanoma extensivo superficial- predominan los grupos II y III, mientras que en el melanoma nodular, que es el más agresivo, predominan las etapas IV y V, que se corresponden con un mal pronóstico en la evolución de la enfermedad.

Tabla 5. Índice pronóstico

Tipo histológico	Índice de Clark					Total	Espesor de Breslow					Total
	I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V	
Melanoma extensivo superficial		24	21	5	5	55	16	10	15	12	2	55
Nodular				5	5	10				6	4	10
Acral		2	2			4		1	3			4
Total		26	23	10	10	69	16	11	18	18	6	69

Fuente: solicitudes de biopsias

DISCUSIÓN

En nuestro estudio es importante señalar que la cifra en el diagnóstico de melanoma maligno ha aumentado progresivamente: del total de las biopsias analizadas en el año 2000 (4 480) se diagnosticaron cuatro melanomas, mientras que en el año 2005 -de 5 005 biopsias- encontramos 17, lo que se corresponde con la bibliografía revisada, en la que algunos autores hacen referencia al melanoma como una de las neoplasias malignas que ha experimentado un incremento espectacular, ya que casi ha triplicado su incidencia en los últimos cuarenta años.¹² Los grupos de edades más afectadas fueron los de 40-49 años para el sexo femenino y de 50-59 años para el masculino; algunos autores no señalan un predominio marcado por grupos de edades y otros plantean que al aumentar su incidencia existe un pico entre los 40 y 60 años.¹³ En cuanto al sexo encontramos un predominio en el sexo masculino (42) mientras que en el sexo femenino fueron 27; muchos autores señalan una afectación similar para ambos sexos.

Por la localización anatómica encontramos un predominio en las extremidades inferiores: 19 de los 69 casos estudiados se localizaron en este sitio (27.5%); muchos autores justifican tal predominio en las mismas ya que el melanoma extensivo superficial, que es la variante histopatológica más frecuente, puede localizarse en cualquier sitio anatómico de la piel con preferencia en miembros inferiores, lo que se corresponde con nuestros casos.¹⁴ Al analizar el tipo histológico el melanoma extensivo superficial fue el más frecuente, 55 de los 69 casos estudiados (79.8%) lo padecían; la mayoría de los autores informan un porcentaje similar en los estudios realizados.^{4,14,15}

Los niveles de Clark, que evalúan la capacidad de las células tumorales para invadir la dermis, predominan en los grupos II y III para el melanoma extensivo superficial y el espesor de Breslow, que define la cantidad de tumor invasor presente en el corte; se corresponde con los grupos I y II que representan un pronóstico intermedio. La variante histológica nodular mostró un nivel de Clark y un índice de Breslow con predominio en el grupo V, lo que se corresponde con un mal pronóstico y es señalado de manera similar en otros estudios estadísticos realizados.^{4,16}

Es obvio que la incidencia del cáncer está aumentando y es necesario detectarlo en sus primeros estadios, cuando tiene grandes posibilidades de una mejor evolución; para ello es de gran importancia la labor preventiva, fundamental para reducir su incidencia.

Se recomienda:

- Orientar medidas preventivas -desde la atención primaria de salud- como evitar las quemaduras solares, protegerse la piel con ropas frescas, usar gafas de sol y no exponerse al mismo de 10:00am a 4:00pm.
- Desarrollar medidas estratégicas para diagnosticarlos en su etapa inicial cuando la mayoría son curables.

- Continuar la investigación para ampliar nuestros conocimientos sobre el melanoma maligno.

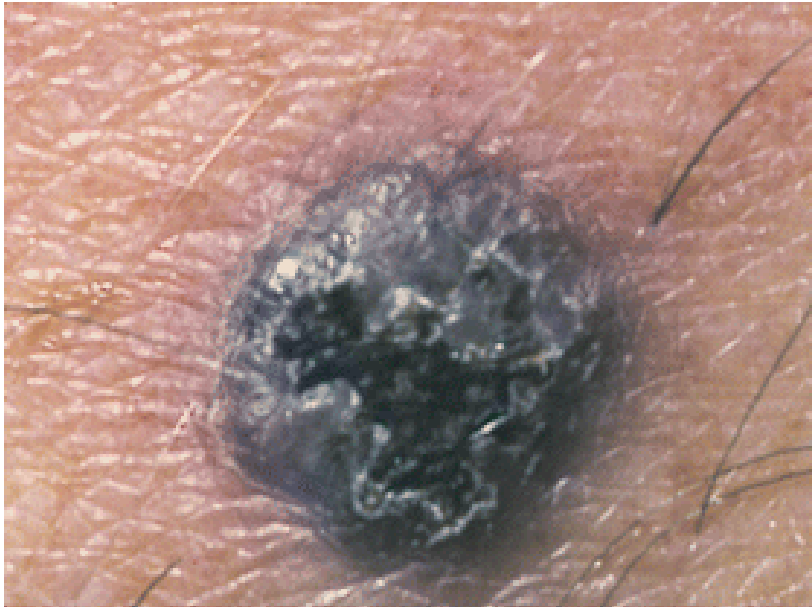


Figura 1. *Aspecto macroscópico de un melanoma maligno*

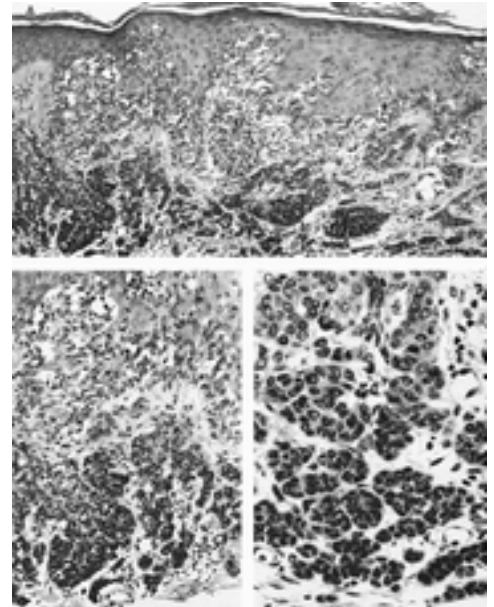


Figura 2. *Aspecto histológico de un melanoma maligno*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Registro Nacional de Cáncer. Cáncer en Cuba. 1997-1998. La Habana: MINSAP; 2001. p. 9-21.
2. Prade López M, Cuesta Romero C. Melanoma [Internet]. 2004 [citado 13 Abr 2006]. Disponible en: <http://www.cirugiaplastica.org/documentos%20manual962013.html>.
3. Sarralde M, Correa N, Calb I, Poppi G. Melanoma y neoplasias melanocíticas. Sociedad Argentina Dermatología. [Internet] 2002 [citado 5 Nov 2005]. Disponible en: <http://www.sadorg.ar/revista/pdf/2002-4php>.
4. Murphy GF, Mihm MC. La piel. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins patología estructural y funcional. 6 ed. España: Mc McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 1215-1258.
5. Alegre de Miguel V. Melanoma. [Internet] 2004 [citado 10 Abr 2006]. Disponible en: <http://www.Uv.es/~vilalegre/c/index/cimelanoma/hm>.
6. Pinherio Costa AM, Friedman H, Veiga Cabral A, Rodríguez A. Melanoma Cutáneo: Características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas. Arais Brasileiros Dermatol [serie en Internet] 2003 [citado 20 Dic 2005]; 78(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.briscielo.php?script=sciorttex8pid>.
7. Braun RP, French Z, Saurat JH. State of the art on melanoma diagnosis. Rev Med Suisse. 2005 Apr 20; 1(16):1086-90.
8. Redondo P. Actualización en membrana: Incidencia, desarrollo y aspectos biológicos [Internet] 2003 [citado 20 Nov 2004]. Disponible en: <http://www.cfranarra.es/salud/anales/textos/vol23/n:fmviz.html>.
9. Hangley GH, Bernhill RL, Mihm JM, Fitzpatrick BT. Neoplasm cutaneus Melanoma. En: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine USA: Mc Graw. Hill; 2003. p. 913-947.
10. Ariartini M, Sadonato Albert E, Casa G, Remiengo M. Melanoma recurrente local: importancia de definir el tipo verdadero del tipo metastático [Internet] 2004 [citado 6 Sept 2005]. Disponible en: <http://www.medcutarila.org/articulos/2004/3pdf/03-108-pdf>.
11. Balch MCh, Alkins M, Buzaid A, Cassinelli A. An evidence based staging system for cutaneous melanoma. Cancer J Clin. 2004; 54: 131-149.
12. Melanoma of de skin. In American Joint Commettes on Cancer. AJ CC Cancer Staging Manual Gthed. New York: NJ Springer; 2002. p. 209-220.
13. Reinberg S. El cáncer de piel más mortal a menudo no se diagnostica. Health Day News [Internet] 2004 [citado 13 Abr 2006]. Disponible en: <http://www.healthfinder.gov/news/newsstory/asp?.doccid=52643834-38healthdaynew/hispanilare>.
14. Balch CM, Soorgs Ross MI. Long term results of an institutional rendemized trial comparing pronostic factors and surgical results for intermediate thiciness melanoma (1.0 to 4.4) Intergropp melanoma. Surgical trial Am Surg Oncol. 2000; 7(2): 87-92.
15. Graells Estrada J. Angiogenesis al melanoma maligno [Internet] 2004 [citado 15 Nov 2005]. Disponible en: <http://conganet.unicet.edu/icvhar/comunic/com078/intro.htm>.

16. Lopez-Muñiz A, Triviño López A, Hernández González L, Herrero Zapatero A. Valoración de las regiones organizadoras nucleolares en lesiones mecánicas benignas y malignas de la piel. Rev Cubana Med [serie en Internet]. 2001 [citado 12 Abr 2008]; 40(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol40_1_01/med03101.htm.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I y II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
4. Estudiante de Medicina. ISCM-VC.