

## ESTUDIO RETROSPECTIVO DE MELANOMA: VARIEDAD CLINICA PREDOMINANTE "INSTITUTO DE CANCEROLOGIA CUPERTINO ARTEAGA" SUCRE MAYO 1999 - MAYO 2003

ERIKA MIOLET HURTADO JALLAZA, ERICK WENDEL MAGARIÑOS EGUEZ, ABEL NAVARRO VASQUEZ,  
ASESOR: DRA. MABEL FABIOLA RAMALLO JADUE  
UNIVERSIDAD REAL Y PONTIFICA DE SAN FRANCISCO JAVIER DE CHUQUISACA

### RESUMEN

- *Cáncer – Melanoma – Prevalencia - Variedad clínica*

Analizando cual es la prevalencia del melanoma y su variedad clínica predominante en el Instituto Universitario Supertino Arteaga logramos como objetivo determinar el grado de prevalencia y la variedad clínica predominante para brindar un diagnóstico precoz y oportuno. Así como también logramos:

Identificar proporción melanoma-otros casos de cáncer de piel.

Conocer el año con mayor incidencia de melanoma

Determinar tipos de tratamiento

Creemos que existe un incremento en la prevalencia del melanoma en el periodo mayo 1999 hasta mayo 2003 y la variedad clínica predominante es la Acrolentiginosa.

Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, correlacional.

Se estudio pacientes del Instituto Supertino Arteaga de Sucre con diagnóstico de melanoma, entre 30-79 años, ambos sexos mediante la revisión de 1020 historias clínicas de pacientes con diferentes tipos de cáncer en el periodo mayo 1999 hasta mayo 2003

Los resultados obtenidos fueron:

Tipo de melanoma más frecuentes: Acrolentiginoso 70%

El melanoma representa el 16 % del total de casos con cáncer de piel en los últimos 5 años.

El 20% tratados sólo quirúrgicamente.

Concluimos que el predominio del melanoma Acrolentiginoso se debe a que esta variedad es la común en individuos afro-latinoamericanos coincide con el grupo etéreo afectando a personas adultas. El género femenino es el más afectado y sigue la tendencia mundial. Tratamientos son el quirúrgico y el combinado de cirugía y quimioterapia que es el más usado por brindar mejores resultados y bajos costos.

### ABSTRACT

**KEY WORDS:** *Cancer – Melanoma – Prevalence- Clinical Variety*

We Analyzed melanoma's prevalence and clinical predominant variety at Cupertino Arteaga Institute, we determined prevalence level and the clinical predominant variety in order to offer precocious and opportune diagnosis.

Also we identified:

- melanoma-another proportion of skin cancer
- the year with the greatest incidence of melanoma
- types of treatment

We believed that exists an increment in the prevalence of melanoma in the periods from May of 1999 to May of 2003, and that clinical predominant variety is Acrolentiginoso.

This is a descriptive, retrospective, transversal, correlational study.

We studied patients from Cupertino Arteaga Institute of Sucre with melanoma, they were between 30-79 years old, through the revision of 1020 clinical histories of patient with several types of cancer in the periods between may of 1999 to may of 2003

Our results were:

- Acrolentiginoso variety was the most frequently 70%
- Melanoma represents 16% of the whole skin cancer cases in the last 5 years
- 20% were treated with surgery, and 20% had both surgery and quimiotherapy

We conclude that melanoma acrolentiginoso is predominant 70% , that women are more affected than men, that surgery an quimiotherapy is the treatment used the most because of its best results and lower costs.

La incidencia del melanoma continúa en ascenso en todo el mundo; ocupa en la actualidad el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer. La agresividad de este tumor hace que el diagnóstico precoz y el correcto manejo de la enfermedad localizada sean los pilares fundamentales del tratamiento curativo.

Según las últimas estadísticas disponibles suministradas por el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute) y los Centros para la Prevención y el control de las Enfermedades (Center for Disease Control and prevention, CDC):

El melanoma representa sólo el 4% por ciento de todos los casos de cáncer de piel en Estados Unidos, pero es responsable del 75 % de las muertes por cáncer de piel.

La mayoría de los cánceres de piel aparecen después de los 50 años, pero el daño que provoca el sol en la piel comienza mucho antes. Por consiguiente, las medidas de protección para prevenir la posterior aparición del cáncer de piel se deben tomar desde la niñez.

Según las siguientes estadísticas presentadas por la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society) y la Academia Americana (American Academy of Dermatology):

Los carcinomas basocelular y de células escamosas tienen una tasa de curación del 95 % por ciento si se detectan y tratan temprano.

Los índices de incidencia del melanoma son 20 veces mayores en caucásicos que en afro-americanos. Sin embargo, el melanoma también afecta a personas de tez, especialmente en la palma de las manos, la planta de los pies, uñas y mucosas.

## **PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia del melanoma y su cual es su variedad clínica predominante en el Instituto Supertino Arteaga de la ciudad de Sucre en los periodos mayo 1999-2003?

## **MARCO TEÓRICO**

El melanoma es un tumor maligno de estirpe melanocítica, los melanocitos son un tipo de células que proceden de la cre-

ta neural, tienen alta capacidad de metástasis. En la población de raza blanca y en los últimos años, ha incrementado su incidencia más que cualquier otro tipo de cáncer, causando una importante morbimortalidad.

El melanoma cutáneo mucoso puede surgir tanto de los melanocitos de la piel normal, como ciertas lesiones precursoras especialmente de unos tipos de nevos melanocitos (Nevo displásico o atípico; nevos congénitos gigantes). Existen algunos casos determinados genéticamente.

Su incidencia ha aumentado, se estiman 70000 nuevos casos por año, afecta a ambos sexos, entre los 16 a 50 años de edad.

Existe una predisposición genética: se reconoció un antígeno común de melanoma que se relaciona con HLAAL, que se expresa en todos los tumores sólidos.

En el genoma humano se ha localizado un locus de susceptibilidad en el cromosoma 9p y 10q 26.

### ***Se relaciona con los tipos de piel I y***

**III:** personas que al exponerse al sol siempre se queman y nunca se broncean y II personas que al exponerse al sol generalmente se queman y a veces se broncean. Se relaciona también con la exposición frecuente al sol.

Adopta cuatro formas de presentación: Melanoma extensivo superficial, Melanoma nodular, Melanoma lentigo maligno y acrolentiginoso.

El diagnóstico precoz se basa en los cambios significativos en un nevo preexistente, siguiendo las pautas del ABCDE del melanoma (Asimetría, Bordes irregulares, Cambio de color, aumento de Diámetro y Elevación de una lesión preexistente), estos datos alertan hacia una transformación maligna.

Para su prevención, detección, tratamiento y seguimiento se requiere un enfoque multidisciplinario.

El cáncer de piel tiene un porcentaje alto de curación si es tratado a tiempo. Sin embargo, la negligencia puede permitir que el cáncer se disemine, causando discapacidad o muerte.

La propagación del melanoma superficial es una forma de melanoma maligno que contabiliza alrededor del 70 % de los casos sobre este trastorno. Este tipo de melanoma puede atacar en cualquier edad y es más común entre los caucásicos.

El melanoma nodular contabiliza alrededor del 15 % de los casos. Puede incluir ulceraciones que nunca cicatrizan, se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo y se presenta, generalmente, entre los 20 y 60 años de edad.

El melanoma acrolentiginoso ocurre en el 10 % de los casos de melanoma. Es más común en personas mayores y siempre se manifiesta en las palmas de las manos, las plantas de los pies o superficies mucosas, en afro-latinoamericanos es la forma más común.

El melanoma léntigo maligno ocurre en el 5% de los casos, generalmente en las personas de edad avanzada. Es más común en la piel dañada por el sol, en la cabeza, cuello y brazos.

La luz del sol (radiación ultravioleta RUV) es causa principal de los cánceres de piel, incluyendo los melanomas.

Se emplean cuatro clases de tratamiento:

La cirugía es el tratamiento inicial para todos los casos de melanoma. El médico puede extirpar el melanoma empleando una de las siguientes operaciones:

Extirpación quirúrgica amplia. Una operación en la que se extirpa el cáncer y parte de la piel alrededor del tumor. Quizás sea necesario tomar parte de la piel de otra área del cuerpo para colocarla en el lugar donde se ha sacado el cáncer (injerto). Se utiliza la técnica del ganglio centinela que permite lograr un estadificación certera de la enfermedad local regional y establecer una conducta terapéutica adecuada con baja morbilidad para el paciente.

Si el melanoma ocurre en un brazo o pierna, la quimioterapia puede administrarse con una técnica llamada perfusión arterial aislada. Con este método, los medicamentos de la quimioterapia se ponen directamente en el torrente sanguíneo del brazo o pierna donde se encuentra el melanoma.

Desafortunadamente, la quimioterapia no ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del melanoma, ni siquiera como quimioterapia adyuvante.

## JUSTIFICACIÓN

El melanoma es mucho más grave que otros tipos de cánceres de piel. Puede diseminarse (por metástasis) rápidamente a otras partes del cuerpo a través de la sangre o del llamado sistema linfático.

La prevalencia de casos de melanoma y el desconocimiento de la población de la malignidad de este tipo de tumor implica un problema SOCIAL. Como la mayoría de los cánceres, el melanoma se trata mejor cuando se detecta pronto. Al ser diagnosticado en forma precoz tendrá un tratamiento exitoso por lo que pretendemos reflejar la realidad de la presencia de esta patología en nuestro medio para promover e intensificar las campañas y programas de información.

## OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de casos de melanoma y la variedad clínica predominante entre los pacientes con diagnóstico de cáncer de piel en el Instituto Universitario de Cancerología Supertino Arteaga de la ciudad de Sucre en el periodo mayo 1999 y mayo 2003 para brindar un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir de acuerdo a estudios clínicos que tipo de melanoma es más frecuente.

Identificar la proporción de melanoma en relación con los casos diagnosticados con cáncer de piel en el Instituto Universitario de Cancerología Supertino Arteaga.

Determinar grupos vulnerables al melanoma según edad.

Establecer la proporción de casos diagnosticados con melanoma según género.

Conocer el año de mayor incidencia de casos de melanoma.

Determinar el tratamiento más utilizado del melanoma en los pacientes del Instituto de Cancerología Supertino Arteaga.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, correlacional.

Se utilizó los siguientes métodos en la investigación y elaboración del tema:

Método analítico, inductivo, deductivo, sintético como también métodos bibliográficos y consulta a expertos. Con el método analítico se observan fenómenos singulares; con la inducción se formulan leyes universales; mediante el método deductivo se aplican esas leyes a situaciones particulares y a través de la síntesis se integran conocimientos aparentemente no relacionados.

### Sujetos

Se estudió pacientes del Instituto Universitario de Cancerología Supertino Arteaga de la ciudad de Sucre con diagnóstico de melanoma, entre 30 y 79 años, de ambos sexos. Mediante la revisión de 1020 historias clínicas de pacientes con diferentes tipos de cáncer en el periodo mayo 1999 hasta mayo 2003.

### Procedimiento

Se utilizó método bibliográfico y consulta a expertos para la formulación de las planillas.

La información se obtuvo de la revisión de las Historias Clínicas del Instituto Universitario de Cancerología Supertino Arteaga de la ciudad de Sucre, registrando la edad, sexo, año, descripción de la lesión, tipo de tratamiento.

En base a la teoría inducimos información que nos permitió conocer conceptos aplicables a nuestro propósito, con la deducción se obtuvo conclusiones del estudio singular de cada historia clínica y finalmente analizamos los resultados para sintetizar nuestras conclusiones.

### Estadística

#### -Variable Dependiente

Melanoma

## RESULTADOS

De acuerdo a la clasificación clínica de melanoma se obtuvo los siguientes resultados: con el 70 % el melanoma Acrolentiginoso, el 20 % el melanoma nodular, el melanoma Extensivo superficial representó el 5 % el melanoma Lentigo maligno el 5%.

De 1020 historias clínicas del Instituto de Cancerología Supertino Arteaga en el periodo mayo 1999 y mayo 2003, el 87.45 % correspondía a otras formas de cáncer y el 12.55 % al cáncer de piel. Del total de las historias clínicas con diagnóstico de cáncer de piel el mayor porcentaje lo obtuvo el tipo Basocelular con el 50%, el 33.6 % el cáncer Espinocelular, finalmente con el 16% se encuentra el Melanoma.

Según el grupo etéreo encontramos que afecta en un 35 % a edades comprendidas entre 50 y 59 años, el 30 % al grupo etéreo comprendido entre 40 y 49 años, con el 20 % el grupo comprendido entre los 30 y 39 años, con el 10 % las personas comprendi-

das entre los 60 y 69 años, los pacientes con edades comprendidas entre los 70 y 79 años obtuvieron 5%.

Según el género predomina más el sexo femenino representando el 55% con 11 pacientes, el 45 % corresponde al sexo masculino con 9 pacientes.

Según el año tenemos que predomina el 2003 con 6 pacientes que representan el 30%, en segundo lugar el año 2002 con 5 pacientes (25%), el año 2001 representa el 20% con 4 pacientes, el año 1999 obtuvo el 15 % con 3 pacientes ocupando el cuarto lugar, finalmente en el último lugar el año 2000 con 2 pacientes representando el 10%.

De acuerdo a las historias clínicas obtuvimos que el 25 % de los pacientes diagnosticados con melanoma no tenían un registro de tratamiento, el 20 % de los pacientes fueron tratados solo quirúrgicamente, otro 20 % de los pacientes recibieron tratamiento combinado de cirugía y quimioterapia, el 15% corresponde a los pacientes tratados con métodos quirúrgicos y de radioterapia, el 10% se trataron con quimioterapia y radioterapia, finalmente los métodos de Radioterapia y quimioterapia utilizados como monoterapia obtuvieron el 5 % respectivamente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La cirugía es el tratamiento primario en todos las etapas del melanoma por lo que creemos que los pacientes que no recibieron este tipo de tratamiento fue por voluntad ajena a los médicos, puede ser por negación a la cirugía, falta de recursos económicos o la presencia de la patología en personas de edad muy avanzada.

## RECOMENDACIONES

Evitar la exposición solar directa 2 horas antes y 2 horas después del medio día. Limitar la exposición solar total. Usar sombrillas y sombreros. Valorizar la sombra estructural: Bosques, árboles, techos y aplicar foto protectores tópicos de amplio espectro (UVA,UVB) correctamente como complemento a los hábitos sanos frente al sol.

Realizar campañas de educación, ya que es el camino más eficaz para prevenir y diagnosticar precozmente el melanoma. Debe realizarse intensivamente desde la infancia y a través de todo el ciclo educativo.

Promocionar en la comunidad el examen dermatológico anual y el auto examen de piel periódico usando el método del ABCDE. En pacientes de mayor riesgo-Síndrome del Nevo Displásico-controles de mayor frecuencia, uso de fotografía convencional y examen dermatológico de los familiares.

Crear un registro oncológico sobre melanoma que reúna con eficiencia y veracidad toda la información sobre la verdadera prevalencia, distribución y características clínico patológicas del melanoma en nuestro medio.

### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el incondicional apoyo de: Dra. Mabel Fabiola Ramallo Jadue, por su valiosa colaboración y asesoría.

Al personal del Instituto Universitario de Cancerología "Cupertino Arteaga" Dr. Omar Brun

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Red Australiana del Cáncer. Pautas para el manejo del melanoma cutáneo. Junio 1997

Capra Donald J. Janeway Charles A.;travers A.; Walport Mark:Inmunología: El Sistema inmunitario en condiciones de salud y enfermedad. Editorial Masson. IV edición. Barcelona, España 2000.

Harrison. Principios de Medicina Interna. Décima quinta Edición España: Ultra, S.A.-de C.V. 2002 619-626

Phillip H. McKee: Essential, Skin Pathology. Ed. Mosby London.1999

Fainboim L; Satz L.; Geffner J.; Introducción a la inmunología humana 4ta. Edición Buenos Aires 1999.

### BIBLIOGRAFIA

Ed. W. Mc.Carthy, AM:Milton, Guidelines for de management of cutaneous Melanoma. The Stone Press 1997. Sydney, Australia.

Altmeyer, P. Hoffmann, K Stucker, M Skin Cancer and UV Radiación, Berlin.

Rahway N.J. El Manual de Merck. Décima Edición

Barcelona España: Doyma Libros S.A. 1999: 2715-1717

M.D. Anderson. Oncología Segunda Edición.

Madrid: Marban, 2000: 34-64

Harrison. Principios de Medicina Interna. Décima quinta Edición

España: Ultra, S.A. de C:V: 2001: 619-626

O.M.S. El Diagnostico Clínico del Melanoma Cutáneo un Desafío Segunda Edición.

Italia: M.C. Graw-Hill. 1996: 1-27

Barrialez Rodrigues. Factores de Riesgo para el Melanoma.

Revista Latinoamericana del cáncer, 1997: vol. 26, 15-35

Internet (Home page)

[http://cancer.gov/clinical trial](http://cancer.gov/clinical%20trial)