

ARTICULO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE

**Caracterización de Lesiones por Melanomas Cutáneos y
Estudio de Sobrevida en Hospital Las Higueras, Talcahuano**

*Univ. Arturo A. Giacaman, Javiera O. Ocampo, Paula A. Treviño,
Drs. José A. Schalper, Carmen B. Santander*

*Departamento de Anatomía Patológica y Servicio de Cirugía, Hospital Las Higueras de
Talcahuano; Universidad de Concepción, Concepción, Chile*

E-mail: arturogiacaman@udec.cl

Acta Científica Estudiantil 2008; 6(1):23-29.

Recibido 15 Oct 07 – Aceptado 14 Dic 07

Resumen

Introducción: En las últimas décadas se ha observado un incremento de la incidencia y mortalidad por melanoma cutáneo (MC) en Chile. Objetivo: Caracterización de lesiones por MC y análisis de sobrevida. Material y Método: 47 casos de MC confirmados por estudio histopatológico entre Marzo 2000 y Mayo 2007 en el Hospital las Higueras de Talcahuano. Para estimar la sobrevida se utilizó el método de Kaplan-Meier y significancia estadística según Test de Log Rank. Resultados: Edad promedio 60,38 años (27 a 84 años), de los cuales hubo 26 mujeres y 21 hombres. La ubicación anatómica más frecuente fueron las extremidades inferiores con un 46%, seguido por cabeza y tronco con un 25 % y 17,0% respectivamente. Los tipos histológicos más frecuentes fueron el nodular (40,4%) y la extensión superficial (25,5%). La clasificación de Clark fue tipo I en un 25,5%, II: 12,8%, III: 6,4%, IV: 34,0% y V: 20,8% de los casos. Según Breslow, A en 31,9%, B: 12,8%, C: 27,7% y D: 27,7%. Hubo bordes comprometidos por la neoplasia en 8 de los pacientes. El promedio de sobrevida global fue de 5,5 años. A la mitad del periodo estudiado, la sobrevida según sexo fue mujeres 86,5% y hombres 49,9%. El tipo histológico de peor pronóstico fue el nodular con un 53,9%. La sobrevida según Breslow fue A: 100%, B: 66,7%, C: 62,9% y D: 55,5%. En los casos con compromiso de los bordes de resección, la sobrevida fue de 43,8% y de 73,3% en márgenes libres. Conclusiones: Las variables que indican mal pronósticos en esta serie, son sexo, tipo histológico, clasificación de Breslow y compromiso de márgenes de resección. El MC tiene buen pronóstico si es diagnosticado y tratado en estadios precoces.

Palabras Clave: Melanoma, neoplasias cutáneas, sobrevida.

(fuente: DeCS Bireme)

Introducción

El melanoma cutáneo (MC) es una neoplasia originada en los melanocitos, células derivadas de la cresta neural. Los melanocitos son células que se encuentran naturalmente en la piel y en los ojos. En la piel, éstos residen en la membrana basal. Los melanocitos, mediante la producción de melanina protegen a la piel de los rayos UV, sin embargo, el descontrol de los mecanismos de regulación de su proliferación, llevan a la aparición de los Melanomas.

Existen cuatro principales tipos histológicos:

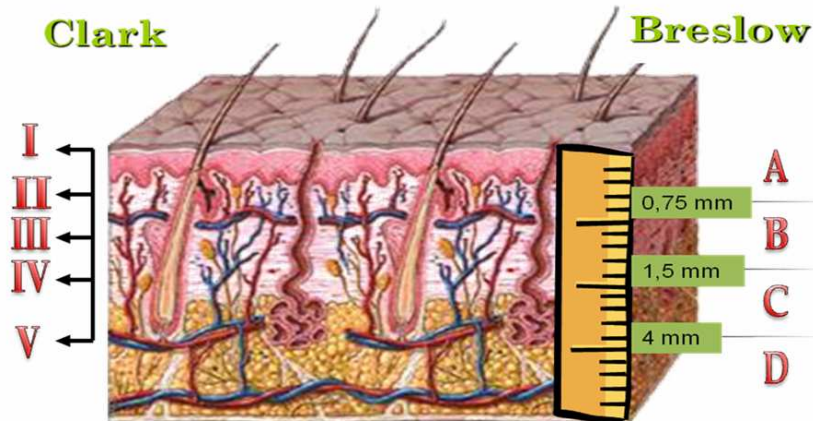
- Extensión Superficial: Subtipo más común (60%) asociado a un rango de edad entre los 40 y 60 años, de pigmentación irregular que puede presentar, a menudo, áreas de regresión tumoral, al igual que nuevos tumores invasores en el plano vertical.

- Nodular: Su frecuencia es de un 20%, de forma nodular y color oscuro en la mayoría de los casos. Su pronóstico es peor, pues se diagnostica en etapas más avanzadas.
- Léntigo Maligno: Corresponde a un 10% de los melanomas, el cual se presenta comúnmente en la tercera edad, en áreas de exposición crónica a la luz solar (como en el rostro). Posee un mejor pronóstico, pues su etapa de crecimiento radial es prolongada.
- Lentiginoso Acral: 5% de los casos, ocurre en áreas sin folículos pilosos. Posee numerosas variantes clínicas.

Con fines clasificatorios, se han creado numerosas etapificaciones de los Melanomas Malignos (MM), entre las cuales figuran la Clasificación de Clark, Clasificación de Breslow y la Clasificación de TNM para Melanomas Malignos, entre otras. En este estudio se consideraron las primeras dos, las cuales se definen como:

1. C. de Clark: Según el grado de infiltración en la Piel. Se observan 4 estadios (Figura 1).
2. C. de Breslow: Se etapifica según la extensión vertical de la lesión, medida en milímetros (Figura 1).

Figura 1. Clasificaciones de Clark y Breslow para Melanomas Malignos.



Aunque los melanomas solo contemplan un 4% de todos los cánceres a la piel, son los responsables del 80% de las muertes por esta causa y tienen una sobrevida a 5 años, de un 14%.

Internacionalmente, la incidencia de melanoma ha ido aumentando a nivel global, con la mayor incidencia en Australia y Nueva Zelanda. El análisis global más reciente fue hecho en el 2002.

En varios países de Europa, las tasas de mortalidad por Melanomas, han aumentado en los 10 años, de manera significativa y en todas las Edades, pero especialmente en la tercera edad.

En Chile, según un estudio sobre la base de estudios histológicos, se observó un aumento del 105% en la tasa de incidencia de melanoma. El aumento de la mortalidad y morbilidad de cáncer de piel en nuestro país, motiva el estudio

de las variables relacionadas con el diagnóstico, pronóstico y sobrevida de los pacientes que han sufrido esta patología.

A continuación se presentará un estudio de caracterización sobre Melanomas Malignos Diagnosticados entre los años 2000 y 2007 en el Hospital las Higueras de Talcahuano

Objetivos

Caracterización de lesiones por Melanoma Cutáneo (MC) y análisis de sobrevida.

Materiales y Métodos

Se estudió y tabuló una serie de 48 casos de MC confirmados por estudio histopatológico entre Marzo 2000 y Mayo 2007 en el Hospital las Higueras de Talcahuano. De los 48 casos, se analizaron variables como sexo, edad, localización de la Lesión, Tipo Histológico, Clasificación de Clark, Clasificación de Breslow, Compromiso de los Bordes Quirúrgicos.

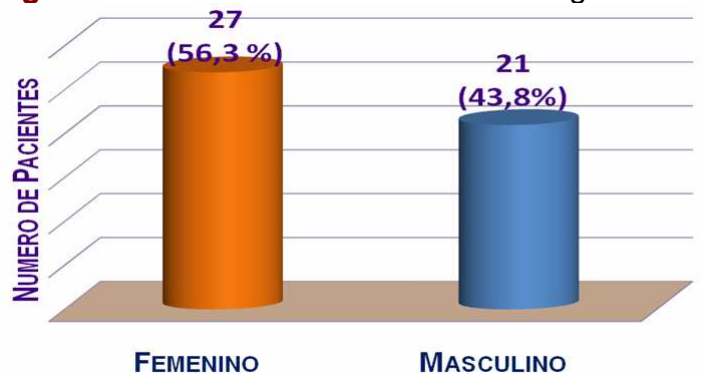
Se hizo la estimación de sobrevida mediante método de Kaplan-Meier

La significancia estadística se determinó según el Test de Log Rank.

Resultados

Del total de 48 biopsias, 27 (56,3%) de ellas correspondían a melanomas identificados en pacientes mujeres y 21 (43,8%) en hombres (Figura 2). Las edades se extendieron desde los 27 años hasta los 84 años, con una edad promedio de 60,38 años (DE =14,75).

Figura 2. Distribución de Melanomas Según Sexo.

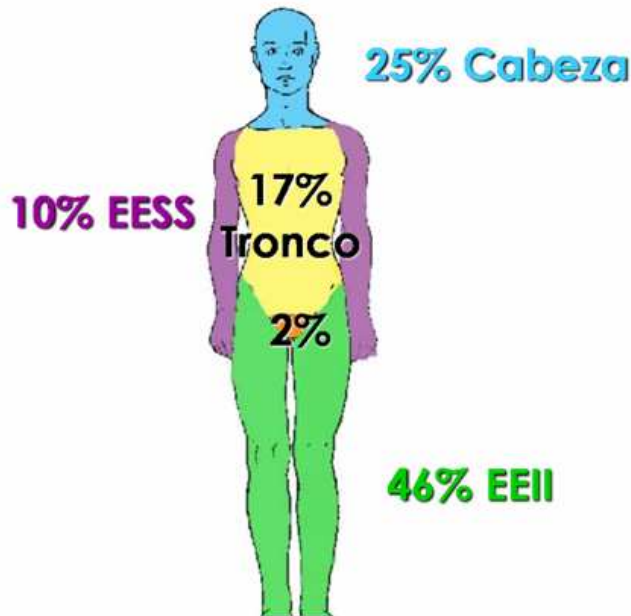


La ubicación anatómica de mayor frecuencia fue asociada a las extremidades inferiores, con un 46% de los casos biopsiados, seguido luego por cabeza (25%) (Figura 3).

Los tipos histológicos más frecuentes fueron el nodular (39,6%) y la extensión superficial (25%). Sin embargo, en 9 biopsias no se especificó el tipo histológico, lo cual corresponde al 18,8% del universo (Gráfico 1).

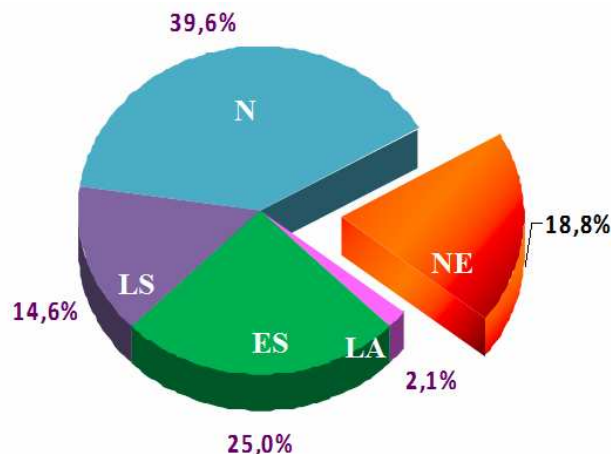
La distribución de las lesiones según las clasificaciones de Clark y Breslow se muestra en los gráficos 1 y 2.

Figura 3. Distribución de Melanomas según Localización Corporal.



El tipo nodular, fue el más frecuente en todas las localizaciones corporales. Además, fue el único tipo encontrado en las extremidades superiores y en genitales. Luego, le seguía el melanoma de Extensión Superficial, el cual fue encontrado en cabeza, extremidades inferiores y tronco. Por otra parte, el tipo Lentiginoso Acral sólo se halló en las Extremidades Inferiores.

Grafico 1. Distribución de melanomas según tipo histológico. N: Nodular, LS: Léntigo Superficial, ES: Extensión Superficial, LA: Léntigo Acral, NE: No Especificado.



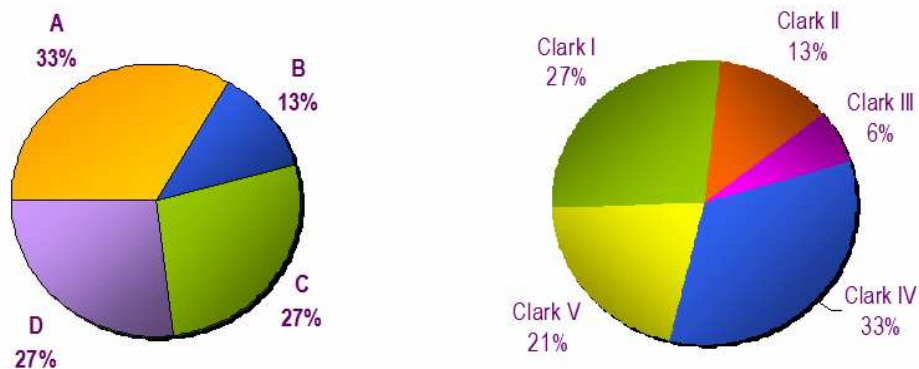
En mujeres, la localización de mayor frecuencia se relacionó a las Extremidades Inferiores, comportamiento que también se observó en hombres. La diferencia, con respecto a la localización del melanoma, entre ambos sexos se

encuentra en las extremidades superiores y dorso, lo cual es más frecuente en hombres que mujeres.

Hubo bordes comprometidos por la neoplasia en 9 de los pacientes.

El promedio de sobrevida global fue de 5,5 años. A la mitad del periodo estudiado, la sobrevida global fue de 74,5% y según sexo fue mujeres 86,5% y hombres 49,9% ($p > 0,05$). El tipo histológico de peor pronóstico fue el nodular con un 53,9%. La sobrevida según Breslow fue la que mejor se relacionó al pronóstico de los pacientes, aunque no logró ser significativa ($p > 0,05$).

Grafico 2. Distribución de Melanomas según Clasificación de Breslow y Clark, respectivamente.



En cuanto a la resección efectuada, observamos que solo en 9 casos los bordes quirúrgicos eran positivos para neoplasia lo que a su vez se relacionó con una peor sobrevida estimada. En los casos con compromiso de los bordes de resección, la sobrevida fue de 43,8% y de 73,3% en márgenes libres ($p > 0,05$). La sobrevida según localización y tipo histológico no lograron mostrar una buena relación con el pronóstico del paciente (Gráfico 3, 4, 5).

Gráfico 3. Sobrevida según Clasificación de Clark.

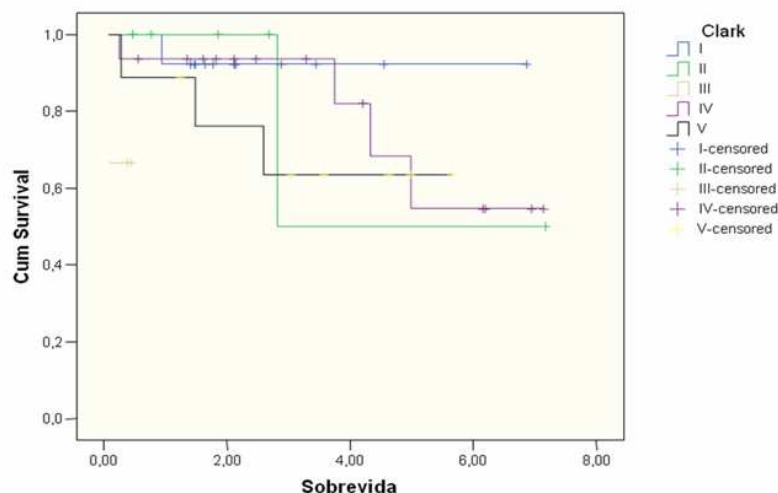


Gráfico 4. Sobrevida según Sexo.

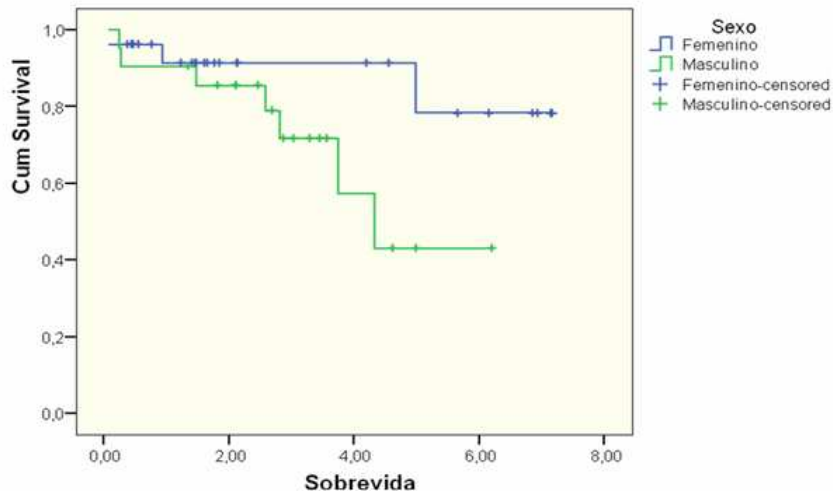
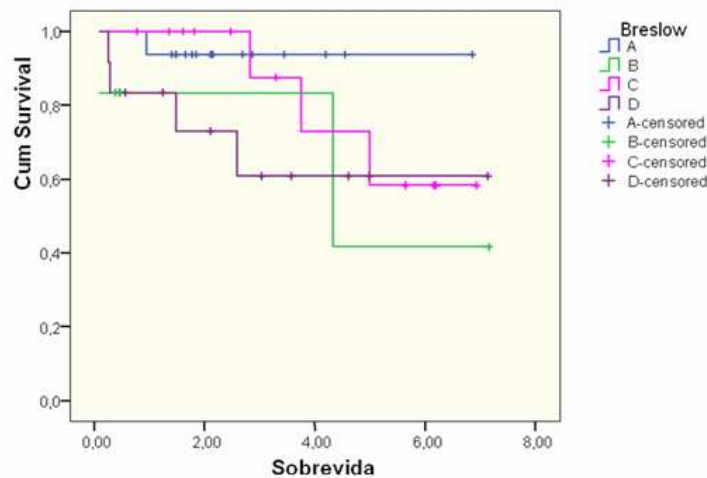


Gráfico 5. Sobrevida según Breslow.



Discusión

La caracterización de la población estudiada se correlaciona con la de otros estudios similares en la literatura en cuanto a la relación hombre mujer similar y la distribución de dichas lesiones en el cuerpo, predominando la ubicación en extremidades inferiores y en la cabeza. En cuanto al tipo histológico, lo más frecuente fue el de tipo nodular que a su vez se ha asociado a un peor pronóstico dado su mayor tendencia al crecimiento vertical.

Lamentablemente en el estudio de sobrevida, nuestra experiencia no alcanza significancia estadística, debido a que el tamaño de la muestra fue muy pequeño. A pesar de esto se pueden observar ciertos puntos interesantes en los resultados obtenidos. Entre ellos el hecho de que al igual que en el resto de la bibliografía, hubo una mejor relación con el pronóstico de sobrevida de los

pacientes con la clasificación de Breslow que con la de Clark, lo cual es útil ya que permite tener una impresión intraoperatoria del melanoma y así ajustar la operación propuesta de acuerdo a lo observado. Además, llama la atención el predominio de melanomas en grados avanzados de la clasificación de Clark y de Breslow, que hacen pensar que el diagnóstico de esta patología se está haciendo de manera muy tardía, lo cual a su vez limita las opciones terapéuticas eficaces y ensombrece el pronóstico. A su vez nos podemos dar cuenta de que existe una menor sobrevida estimada en el grupo de pacientes masculinos, lo que suponemos se debe también a una consulta mucho más tardía de estos pacientes con respecto a la mujeres, ya que aún se encuentra arraigada una reticencia a consultar por lesiones dermatológicas asintomáticas en los hombres.

Para obtener resultados con significancia estadística que sustenten mejor nuestras conclusiones, continuaremos con el seguimiento de los pacientes de nuestro hospital y así obtener un mayor número de casos.

Referencias

1. Gray-Schopfer V, Wellbrock C, Marais R; Melanoma Biology and New Targeted Therapy, In Nature 2007, Vol 445, 851-857.
2. Sterry W. Paus R. , Burgdorf W, Dermatology, 2006, Capítulo 23, 393-406.
3. Miller Arlo and. Mihm Martin, Melanoma, N Engl J Med 2006;355:51-65.
4. Susan M. Swetter, Malignant Melanoma, Disponible en www.emedicine.com (Consultado el 10 de junio 2007)
5. de Vries Esther and Coebergh Jan-Willem, Melanoma incidence has risen in Europe. BMJ 2005 331: 698
6. Zemelman V, Garmendia ML, Kirschbaum A. Malignant Melanoma mortality rates in Chile (1988-98). In J Dermatol 2002; 41: 99-103.