

CASOS CLÍNICOS

Melanoma Maligno en la Consulta Externa de Dermatología del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo." Guayaquil-Ecuador, 2014-2019

Gutiérrez San Lucas Victor¹, Villacis Marriott Gibsy²

1. Jefe del Departamento de Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Guayaquil- Ecuador
2. Médico general adscrito al servicio de dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Guayaquil- Ecuador

Correspondencia:

Gibsy Villacis Marriott
Universidad Católica Santiago
de Guayaquil
Guayaquil- Ecuador

Email:

dalm1093@hotmail.com

Dirección: Jbrisas del norte MZ
F V26, Guayaquil, Ecuador.

Código Postal: EC 090112

Teléfono: [+593] 0992157279

Fecha de recepción:

10-09-2020

Fecha de aceptación:

17-11-20

Fecha de publicación:

30-12-20

Membrete bibliográfico:

Villacis Marriott G: Melanoma
maligno en la consulta externa
de dermatología del Hospital
Teodoro Maldonado Carbo.
Guayaquil- Ecuador, julio
2014-julio 2019. Rev. Med
Ateneo: 2020, 22 (2):53-60
Artículo acceso abierto

RESUMEN

El melanoma es el tercer cáncer de piel más común y agresivo de todas las neoplasias cutáneas de incidencia creciente en nuestro país relacionado con la fotoexposición, fototipo de piel I y factores genéticos, siendo su diagnóstico vital en etapa temprana para poder aspirar a una tasa elevada de sobrevida.

Materiales y Métodos: Se realiza un estudio de tipo observacional transversal en donde se revisaron los archivos de biopsia con diagnóstico de melanoma en el periodo de julio del 2014 a julio del 2019 de la consulta externa de dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en Guayaquil, Ecuador.

Resultados: Se obtuvo 22 biopsias con diagnóstico de melanoma maligno, con un pico de reporte en el año 2018 (45.45%). Se observó más frecuente en el sexo masculino con el 77% y el grupo de edad que más casos aportó fue de 70-79 años con 32%. La región topográfica más afectada fue en miembros inferiores representando el 55% de casos. El Índice de Breslow promedio fue de 2,15mm, el nivel de invasión de Clark II fue el más reportado con 21% y el subtipo histológico más encontrado fue melanoma de extensión superficial con 55%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos se relacionan con una incidencia en aumento a nivel mundial en los últimos años, consideramos oportuno fomentar medidas de fotoprotección en la comunidad para disminuir la incidencia de casos de melanoma.

Palabras clave: melanoma, índice de breslow, niveles de clark.

ABSTRACT

Melanoma is the third most common and aggressive skin cancer of all cutaneous neoplasms of increasing incidence in our country related to photo exposure, skin phototype I and genetic factors, being its vital diagnosis in an early stage to be able to aspire to a high rate of survival.

Materials and Methods: A cross-sectional observational study was carried out in which the biopsy files with a diagnosis of melanoma were reviewed in the period from July 2014 to July 2019 of the outpatient dermatology consultation of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital in Guayaquil, Ecuador.

Results: 22 biopsies were obtained with a diagnosis of malignant melanoma, with a peak report in 2018 (45.45%). It was observed more frequently in males with 77% and the age group that contributed the most cases was 70-79 years with 32%. The topographic region most affected was in the lower limbs, representing 55% of cases. The average Breslow index was 2.15mm, the Clark II invasion level was the most reported with 21%, and the most common histological subtype was superficial extension melanoma with 55%.

Conclusions: The results obtained are related to an increasing incidence worldwide in recent years, we consider it appropriate to promote photoprotection measures in the community to reduce the incidence of melanoma cases.

Key words: melanoma, breslow index, clark levels.

INTRODUCCIÓN

El melanoma se origina a partir de la transformación maligna de los melanocitos causando invasión ganglionar a nivel regional hasta metástasis a distancia en tiempos prolongados. Representa el 7% de las neoplasias malignas de piel sin embargo es responsable de hasta el 80% de los decesos por neoplasias de origen cutáneo poniendo en evidencia su agresividad (1).

Es más frecuente entre la 5ta y 7ma década de vida en fototipos de piel I y II, con una relación mayor en raza blanca 6:1 en comparación con razas negras u orientales sin una diferencia significativa entre sexo masculino y femenino (2)(3)(4). En niños su aparición es muy rara, pero puede darse sobre lesiones pigmentadas preexistentes, se asocia a la exposición prolongada de rayos ultravioletas teniendo los países cercanos al ecuador terrestre una radiación UV de 20 siendo extremadamente alta en comparación a Europa que su radiación UV es de 8 (5), existen otros factores de riesgo como la predisposición genética que llega a ser la responsable de hasta el 12% de los melanomas y se ha encontrado una mutación del gen BRAF hasta en un 50% de las lesiones (6).

El 70% de casos se da sin lesiones previas y el resto es producto de la mutación en lesiones pigmentarias (nevus displásicos y nevus melanocitos congénitos). Topográficamente los sitios más frecuentes son tronco, extremidades inferiores y planta de pie sin embargo solo el 10% de los casos se presenta en mucosa y globo ocular (7)(8).

En la actualidad existe un aumento en la incidencia de melanoma en todo el mundo, cifras en Estados Unidos revelaron un incremento de 7% cada año. Bastidas y Guaman (2013)

resaltaron que en Ecuador-Guayaquil se presentó una incidencia anual de 3,6% de casos de melanoma y un aumento en la sobrevida al promover campañas de prevención y detección de forma periódica (9).

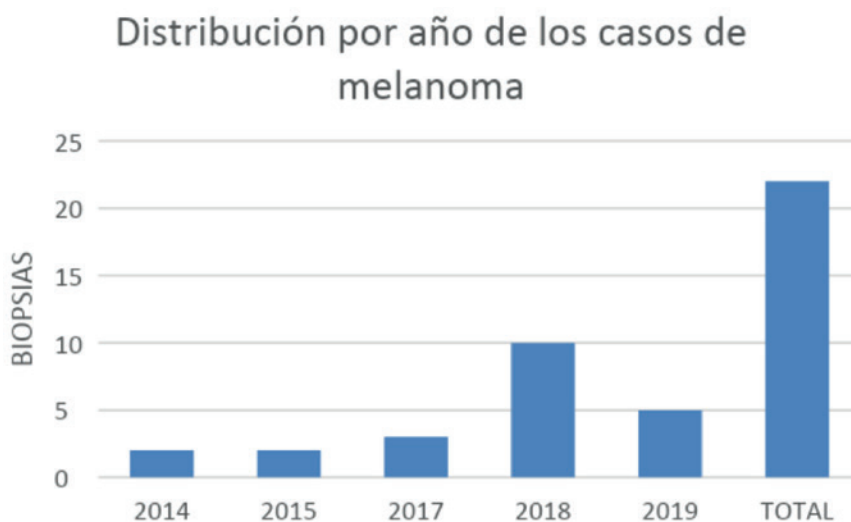
MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal de 22 muestras histológicas que correspondieron a 22 biopsias, sin distinción de edad ni sexo, con diagnóstico de melanoma maligno cutáneo, realizado por el departamento de dermatología en conjunto con anatomía patológica del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" en el periodo de julio del 2014 a julio del 2019. Se excluyeron muestras insuficientes, resultados poco concluyentes y biopsias que no contaban con datos suficientes para la estadística excluyendo 1 muestra histológica.

RESULTADOS

En el estudio se analizó 22 biopsias con diagnóstico de melanoma maligno en el periodo de duración del estudio. El año donde se reportó mayor número de casos fue en 2018 con 10 casos registrados representando el 45,45%, seguido por el año 2019 con 5 casos (22,73%). (Gráfico 1)

Gráfico 1. Distribución por año de los casos de melanoma



Fuente: Registros del Servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS- Guayaquil

Elaboración: Gutiérrez San Lucas Víctor, Villacis Marriott Gibsy

El sexo masculino fue el más predominante con 17 casos (77%). En cuanto al grupo etario con más casos fue entre los 70-79 años representando un 32%. El rango de edad fue desde los 42 a los 84 años con una media de 67 años (Ver tabla 2). En el sexo masculino el grupo etario con más casos estuvo entre los 50 a 59 y 60 a 69 años ambos con 5 casos cada uno (23%), mientras que en mujeres fue entre los 70 a 79 años con 7 casos (14%). (ver tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de casos por sexo

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
40-49	1	5%	1	5%	2	9%
50-59	5	23%	0	0%	5	23%
60-69	5	23%	1	5%	5	23%
70-79	4	18%	3	14%	7	32%
> 80	2	9%	1	5%	3	14%
Total	17	77%	5	23%	22	100%

Fuente: Registros del Servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS- Guayaquil
Elaboración: Gutiérrez San Lucas Víctor, Villacis Marriott Gibsy

El fototipo de piel I fue el más afectado con 9 casos (41%) y el fototipo de piel V fue el menos afectado con 1 caso (5%). (ver tabla 2) Topográficamente la lesión más frecuente fue en extremidades inferiores 12 casos (55%) especialmente en planta de pie, seguido por lesiones en tronco con 4 casos (18%), cara-cuello y extremidades superiores se reportaron 3 casos en cada uno (14%). (ver tabla 3).

Tabla 2. Porcentaje de fototipos de piel

Fototipo de Piel	N°	%
I	9	41%
II	7	32%
III	2	9%
IV	3	14%
V	1	5%
Total	22	100%

Fuente: Registros del Servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS- Guayaquil
Elaboración: Gutiérrez San Lucas Víctor, Villacis Marriott Gibsy

Tabla 3. Topografía de melanoma en los pacientes

Topografía	N°	%
Cara y Cuello	3	14%
Extremidad superior	3	14%
Tronco	4	18%
Extremidad inferior	12	55%
Total	22	100%

Fuente: Registros del Servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS- Guayaquil
Elaboración: Gutiérrez San Lucas Víctor, Villacis Marriott Gibsy

Según el grado de invasión de la lesión, el índice de Breslow nos reveló que las neoplasias más frecuentes iban de 0.76 a 1.49mm de espesor con 7 casos (32%), siendo las lesiones <0.76mm y >4mm de menor hallazgo con 3 casos cada una (14%). El Breslow promedio obtenido fue de 2.15mm. (ver tabla 4).

Tabla 4. Índice de Breslow

Índice de Breslow	N°	%
< 0.76 mm	3	14%
0.76 - 1.49mm	7	32%
1.50 - 2.49mm	5	23%
2.50 - 4.00mm	4	18%
> 4mm	3	14%
Total	22	100%

Fuente: Registros del Servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS- Guayaquil

Elaboración: Gutiérrez San Lucas Víctor, Villacis Marriott Gibsy

Asimismo, los niveles de invasión de Clark nos mostraron que la lesión más frecuente fue nivel II con 8 casos (36%) y la menor fue nivel I con 2 casos (9%). (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Niveles de Clark

Niveles de Clark	N°	%
Nivel I	2	9%
Nivel II	8	36%
Nivel III	5	23%
Nivel IV	4	18%
Nivel V	3	14%
Total	22	100%

Fuente: Registros del Servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS- Guayaquil

Elaboración: Gutiérrez San Lucas Víctor, Villacis Marriott Gibsy

Según los tipos histológicos de melanoma, el de extensión superficial fue el más representativo con 12 casos (55%) reportándose dentro del mismo dos "in situ", seguido por la variedad nodular con 4 casos (18%) reportando un caso nodular + ulceración. En el tipo lentigo maligno y la lentiginoso acral se obtiene 3 casos cada uno (14%). (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Subtipos de Melanoma

Subtipos de Melanoma	N°	%
Lentigo maligno acral	3	14%
Lentiginoso maligno	3	14%
Nodular	4	18%
De extensión Superficial	12	55%
Total	22	100%

Fuente: Registros del Servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IEISS- Guayaquil

Elaboración: Gutiérrez San Lucas Víctor, Villacis Marriott Gibsy

DISCUSIÓN

Se reportó 22 casos de melanoma maligno sin embargo no existe un registro previo en nuestra casa de salud con la cual comparar según el registro nacional de tumores de la Sociedad de lucha contra el cáncer (2019) durante el periodo 2011-2015 en la ciudad de Guayaquil y en todo el país ha aumentado el 4.4% en hombres y 3.6 % en mujeres en los últimos años teniendo relación con la tasa de aumento de casos a nivel mundial (10).

El sexo masculino presentó el mayor número de casos con una relación de 2 a 1 en nuestro estudio, difiriendo de los que reportan estudios similares realizados en países como Chile y Perú donde la incidencia es similar en ambos sexos, e incluso se observó leve predominio del sexo femenino. (11)(12) Se ha reportado que Ecuador muestra una mayor incidencia de melanoma en el sexo masculino ocupando el puesto 40 en el mundo y el puesto 41 en el sexo femenino. Cabe recalcar que los datos de la casa de salud donde se efectuó este estudio corresponden a una población económicamente activa, donde hay un predominio del sexo masculino.

El grupo etario que aportó la mayoría de casos fue entre los 70 a 79 años de edad, concordando con la literatura que nos refiere que el número de casos incrementa exponencialmente con la edad de los individuos (13)(14). Sin embargo, si dividimos esta revisión en géneros, en el sexo masculino se observó una presentación a edades más tempranas en nuestro estudio entre los 50-69 años la edad más frecuente de presentación tal vez por el mayor grado de exposición solar en comparación con las mujeres de este estudio. Así mismo el fototipo de piel I y II representó el 80% de los casos coincidiendo con lo referido en las revisiones epidemiológicas clásicas (13)(14).

En cuanto a niveles de invasión predominó el II y III de Clark, y el índice de Breslow entre 0.76 y 1.49mm. Esto indica que no estamos tan lejos de estándares óptimos de diagnóstico donde logramos detectar más del 50% de lesiones "in situ" en nuestro servicio. Comparando nuestros resultados con el Instituto nacional de cancerología (INCAN) en México, que reporta casos de todo el país reporta que más del 72% corresponde a niveles IV y V de Clark, sin embargo en un estudio del mismo país pero concentrado en la práctica privada dermatológica reportan que el 80,2% de melanomas son detectados en índices de Breslow < a 1mm y 62.3% a Niveles de Clark, demostrando que se puede alcanzar mejores resultados en estadios tempranos de la enfermedad (9)(10). El tipo histopatológico más reportada fue la variante de extensión superficial, coincidiendo con la literatura y la estadística presentada en la mayoría de estudios (11)(12).

CONCLUSIONES

Se realizó este estudio retrospectivo observacional para poder estadificar los pacientes con melanoma en nuestro hospital al no encontrar registros previos de estudios similares y poder dar a conocer la incidencia de esta enfermedad en nuestra ciudad. Podemos concluir que el melanoma se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino entre la 5ta y 7ma década de vida, topográficamente se observaron más casos en extremidades inferiores siendo su variante histopatológica de extensión superficial la más frecuente con un índice de Breslow de 2.15mm y nivel de invasión de Clark II. Se recomienda la capacitación periódica del personal de salud de los diferentes niveles de atención y promover de manera exhaustiva las medidas de fotoprotección en la comunidad a través de la foto educación para minimizar la incidencia de casos a futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolff K, Johnson R, Saavedra A. Fitzpatrick, Atlas de dermatología Clínica. Séptima edición. España(Barcelona): Mcgraw-Hill interamericana editores, S.A.; 2014. 638-649.
2. Amado S. Saúl. Lecciones de dermatología. 16va edición. España(Barcelona): Mcgraw-Hill interamericana editores, S.A.; 2015.30.
3. Kibbi N, Kluger H, Choi JN. Melanoma: Clinical Presentations. Cancer Treat Res. 2016;167:107-29.
4. Lugović L, Ćesić D, Vuković P, et al. Melanoma Development: Current Knowledge on Melanoma Pathogenesis. Acta Dermatovenerol Croat. 2019;27(3):163-168.
5. Schwartz R, Schwartz RO. Cáncer de piel no melanoma en cabeza y cuello.Rev Méd Clínica Las Condes.2018;29(4):455-467.
6. Ferrandiz C. Dermatología Clínica. Cuarta edición.universidad autonoma de barcelona: Elsevier; 2014. 20-21.
7. Cueva P, Yopez J, Tarupi W. Epidemiología del Cancer en Quito 2011-2015. Sociedad de lucha contra el cancer/ registro nacional de tumores. 2019;(16): 54-59.
8. Shannan B, Perego M, Somasundaram R, Herlyn M. Heterogeneity in Melanoma. Cancer Treat Res. 2016;167:1-15.
9. Jackeline B, Orlando G. Características socio-epidemiológicas del melanoma en las ciudades de quito, guayaquil y cuenca durante el periodo 2000 - 2008. Pontif Univ Catol DEL ECUADOR. 2013(3):1-30.
10. Gallegos J, Gallegos JF, Nieweg O. Melanoma cutáneo (MC): Diagnóstico y tratamiento actuales. Gac Med Mex. 2014;150(2):175-82.
11. Nakamura Y, Fujisawa Y. Diagnosis and Management of Acral Lentiginous Melanoma. Curr Treat Options Oncol. 2018;19(8):42.
12. Schadendorf D, Akkooi A, Berking C. Melanoma. The Lancet. 2018;392:971-984.
13. Lavanderos F, Pérez P, Jeria N, et al. Actualizaciones en melanoma maligno cutáneo. Cuadernos de Cirugía.2018;24(1):47-56.
14. Calderón L, Peniche A, Fierro L, et al. Melanoma cutáneo: 12 años de experiencia. Dermatol Rev Mex. 2017;61(3):179-189.
15. Orendain-Koch N, Ramos-Álvarez MP, Ruiz-Leal AB, et al. Melanoma en la práctica privada en México: un diagnóstico oportuno. Dermatol Rev Mex. 2015;59(2):89-97.

16. Secretaría de Salud Mexico. Abordaje Diagnóstico del Melanoma Maligno. Catálogo Maest Guías Práctica Clínica. 2012;IMSS-547-1:1-11.
17. Greveling K, Wakkee M, Nijsten T, et al. Epidemiology of Lentigo Maligna and Lentigo Maligna Melanoma in the Netherlands, 1989–2013. J Invest Dermatol. 2016;136(10):1955–60.
18. Pozzobon F, Acosta Á, Castillo J. Cáncer de piel en Colombia: cifras del Instituto Nacional de Cancerología. Rev la Asoc Colomb Dermatología y Cirugía Dermatológica. 2018;26(1):12–7.
19. Alicia D, Yabor M, Jesús M, et al. Melanoma maligno cutáneo en pacientes de la provincia de Las Tunas Malignant cutaneous melanoma in patients from Las Tunas province. Rev Electron Dr Zolio E Mar Vidaurreta. 2015;40(12).
20. Torreyes M, López M, Montilla A, et al. Melanoma maligno en retrospectiva hospital Militar " Dr . Carlos Arvelo " Agosto del 2009 - Agosto del 2012. Dermatol Venez. 2017;55(1):35–40.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Víctor Gutiérrez-San Lucas (GS), Gibsy Villacis-Marriott (VM), VM: recolección de los datos, revisión bibliográfica y escritura. GS: análisis crítico del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Víctor Gutiérrez-San Lucas: Dermatólogo, jefe del servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.(HTMC)

Gibsy Villacis-Marriott: Médico General, Universidad Católica Santiago de Guayaquil. (UCSG)

CONFLICTOS DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO:

La investigación fue autofinanciada

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Melanoma Maligno en la Consulta Externa de Dermatología del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo." Guayaquil-Ecuador, 2014-2019.

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN:

Los autores autorizan la publicación de su artículo