

COORDENADAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LESIONES MELANOCÍTICAS Y NO MELANOCÍTICAS.

EPIDEMIOLOGICAL COORDINATES OF MELANOCYTIC AND NON-MELANOCYTIC DERMATOSES.

Sandra Vivas,^{1,2,3} Sorangel Lugo,^{1,3} María Eugenia Camacho,^{1,3} Yesenia Montoya^{1,3}

ABSTRACT

With the new technological advances, molecular biology, genetics and applied therapeutics, there has been an important change in the focus of skin cancer in recent years. As in any pathology of oncological nature, the opportunity of early diagnosis increases the chances of cure of the disease, reduces mortality, improves the quality of life of the patient and reduces the costs associated with it. The most common non-melanoma skin cancer worldwide is basal cell carcinoma (CBC), which accounts for 70% - 80% of all skin cancers; its worldwide incidence is variable. The second most frequent skin cancer is the Spinocellular carcinoma (SCC) occurring from 20% to 25% of cases, with an approximate mortality rate of 1%. The standardized incidence ratio of Basal Cell Carcinoma / Spinocellular Carcinoma is approximately 4: 1. A total of 220 skin cancers were registered in the dermatology service at the Central Hospital "Dr. Enrique Tejera" Valencia-Carabobo during 2015, with a greater incidence with 161 cases of Basal Cell Carcinoma; out of these cases, 60 patients corresponded to first consultation and 101 to successive consultation. While there were 7 cases of CEC in the male sex, during the first consultation. With this analysis of data from different sources, it is intended to demonstrate the importance of the medical records for the analysis of information, in diseases that are not of high impact but they are common in the general consultation, and the need to create a more comprehensive and detailed registry system regarding dermatological diseases, mainly those that represent a risk of death for the patient.

KEY WORDS: melanocytic and non-melanocytic lesions, skin cancer, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma.

RESUMEN

Con los nuevos avances tecnológicos, biología molecular, genética y terapéutica aplicada, ha habido en estos últimos años un importante cambio en el enfoque de cáncer de piel. Como en toda patología de naturaleza oncológica, la oportunidad del diagnóstico temprano aumenta las posibilidades de curación de la enfermedad, reduce la mortalidad, mejora la calidad de vida del paciente y disminuye los costos asociados a la misma. El cáncer de piel no melanoma de mayor incidencia a nivel mundial es el Carcinoma basocelular (CBC), que representa entre 70% - 80% de todos los cáncer de piel, su incidencia a nivel mundial es variable. El segundo tipo de cáncer de piel más frecuente es el Carcinoma Espinocelular (CEC) presentándose entre 20 y 25% de los casos, con una tasa de mortalidad aproximada de 1%. El cociente de incidencia estandarizada de Carcinoma Basocelular/Carcinoma Espinocelular es aproximadamente de 4:1. En el servicio de dermatología del Hospital Central "Dr. Enrique Tejera" Valencia- Carabobo, se registraron para el año 2015 un total 220 casos de cáncer de piel, en mayor incidencia con 161 casos el Carcinoma Basocelular, de estos, 60 pacientes correspondían a primera consulta y 101 a consulta sucesiva. Mientras que se registraron 7 casos de CEC en el sexo masculino, de primera consulta.-Con este análisis de data de diferentes fuentes se pretende destacar la importancia de los registros médicos para el análisis de información, en enfermedades que no son de alto impacto pero son comunes en la consulta general y la necesidad de crear un sistema de registro más amplio y detallado respecto a las enfermedades dermatológicas, principalmente de aquellas que representan un riesgo de morir para el paciente.

PALABRAS CLAVE: lesiones melanocíticas y no melanocíticas, cáncer de piel, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer de piel ha aumentado de manera exponencial en los últimos años, este fenómeno se explicaría por una mayor exposición solar de los seres humanos, debido principalmente a la disminución de la capa de ozono, entre otros factores. Más de un millón de nuevos casos ocurren cada año en los Estados Unidos; en Australia, el cáncer de piel se presenta con una incidencia anual de 375/100.000 habitantes; en Brasil para el año 2010 se registraron cerca de 115.000 casos de cáncer de piel no melanoma,

Recibido: 08/2018

Aprobado: 10/2018

¹Programa de Postgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo. ²Servicio de Dermatología Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", estado Carabobo. ³Centro de investigaciones médicas y biotecnológicas, Universidad de Carabobo.

Correspondencia: sandravivastoro@gmail.com

correspondiendo a 2,2% de la consulta dermatológica. Es posible suponer que la ausencia de notificación y el subregistro de casos de enfermedades de la piel, podrían ser la causa para que las cifras oficiales no reflejen fielmente lo que pasa en el mundo, en el país, regiones o localidades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de cáncer de piel se triplicó en las últimas dos décadas (1997-2017); registrando en el mundo 2 a 3 millones de cáncer de piel no melanoma y 132.000 casos de melanoma, lo cual hace necesario conocer su incidencia a través del tiempo para que puedan tomarse las medidas adecuadas y lograr el diagnóstico oportuno.¹⁻⁴

En las estadísticas sanitarias mundiales para el año 2014, solo se reportó entre las causas de morbilidad por 100.000 habitantes HIV/SIDA, Malaria y Tuberculosis, para esta fecha no reflejaron cifras secundarias a patologías de piel; ni en dichas estadísticas apareció información sobre Venezuela para ningún tipo de patología. No obstante, en el año 2012 fueron reportados datos de todos los tipos de cáncer de piel exceptuando el melanoma; en el sexo masculino la incidencia reportada fué de 128.550 casos y una prevalencia en 5 años de 326.493, y en el sexo femenino la incidencia reportada fué de 869.984 con una prevalencia en el mismo periodo de 255.195 casos.⁵⁻⁷

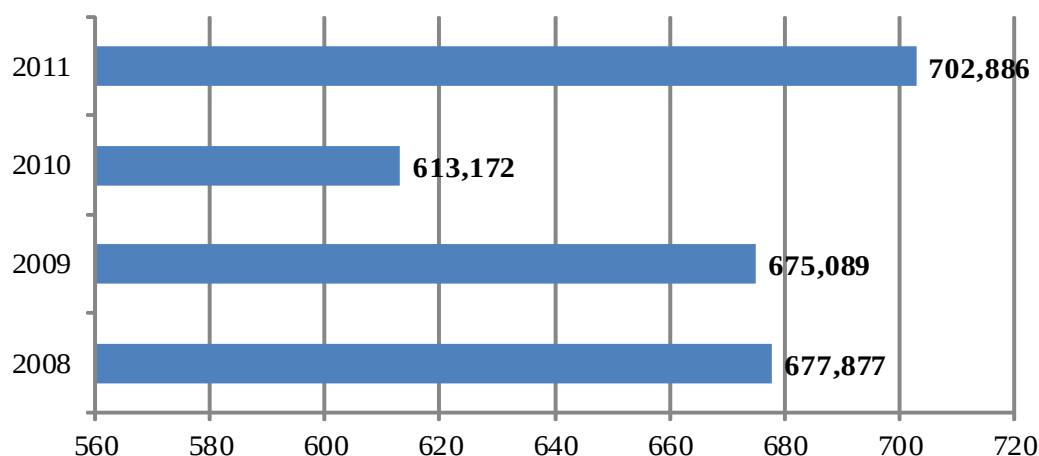
En el gráfico 1 se observa para Venezuela el reporte de la atención por enfermedades de piel y tejido celular subcutáneo como causas de consultas desde el año 2008 hasta 2011, según el Ministerio del Poder Popular para la Salud.⁸

La evaluación de las causas de consulta médica por regiones evidenció que en el país, para el año 2011, fue de 25.773.311 casos, destacando principalmente las enfermedades infecciosas y parasitarias, por su parte el total de patologías de piel fue 702.886 casos.⁸ En la región central de 2.789.610 consultas reportadas, las enfermedades de piel correspondieron a 2,65% (73.869), registrando para este año, la mayor incidencia en la región nor oriental con 3,11%⁸(gráfico 2).

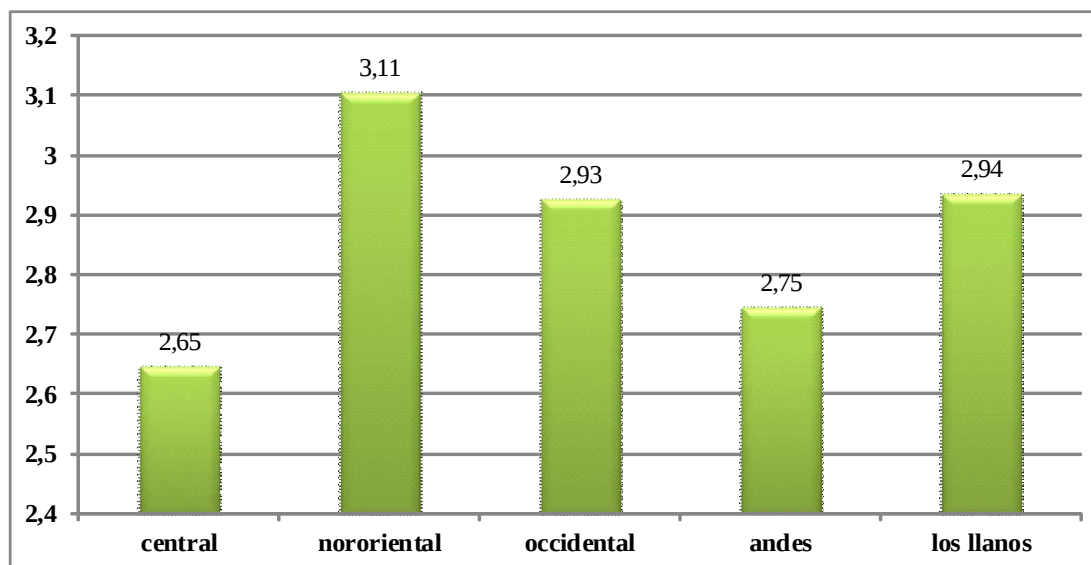
En una revisión de 11 años con el propósito de conocer las principales 25 causas de consultas en el estado Carabobo, se encontró que la mayoría de estos registros provienen de la red de atención primaria, y específicamente se reportaron como patologías de piel: abscesos, urticaria, escabiosis, "dermatitis", piodermitis. (gráfico 3)

A partir de esta información, nos planteamos hacer un análisis de las coordenadas epidemiológicas

Gráfico 1. Frecuencia de atención dermatológica en Venezuela.



Fuente: INE Indicadores de Salud. 2013

Gráfico 2. Porcentaje de atención en consultas de dermatología distribuidas por región en Venezuela. 2011

Fuente: INE Indicadores de Salud. 2013

de las patologías de piel tomando en cuenta que muchas de ellas no son bien conocidas por el médico general quien representa el primer eslabón en atención primaria, o bien, que no existe un sistema de registro acorde que permita conocer en retrospectiva la incidencia real de este grupo de enfermedades, lo cual constituye un problema al momento de obtener datos sobre patologías específicas. Esta situación hace necesaria el desarrollo de estrategias de aprendizaje mas efectivos y eficientes durante la formación de este profesional que le permita reconocer las entidades más comunes por las que consulta el paciente y, de esta manera tener la capacidad no sólo de realizar un diagnóstico precoz, sino también de una derivación oportuna y correcta al dermatólogo.

Epidemiología de Cáncer de Piel

El cáncer de piel tipo No melanoma de mayor incidencia a nivel mundial es el Carcinoma Basocelular (CBC), que representa entre 70 y 80% de todos los cáncer de piel; esta incidencia es variable ya que depende de la edad, latitud y grupos étnicos, siendo más frecuente en raza blanca y áreas más cercanas al Ecuador.^{1,9}

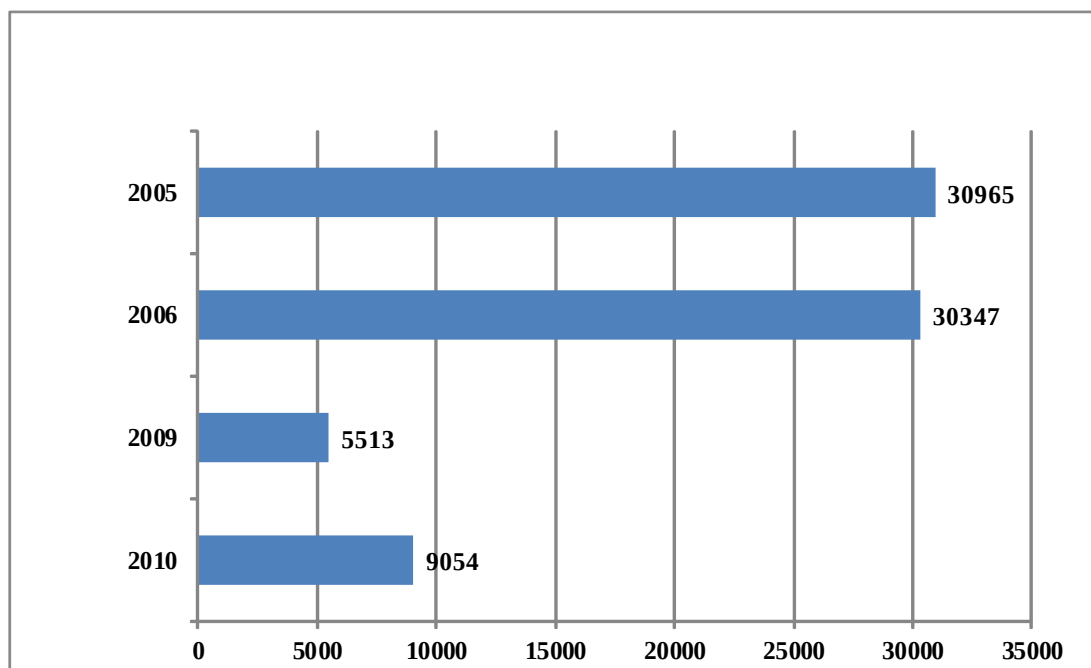
Se estima que en los Estados Unidos se diagnostican 3,5 millones de casos anuales; en México representa entre 75 y 80% de los tumores malignos por año y en Cuba anualmente se notifican alrededor de mil casos de CBC y Carcinoma Espinocelular. Estudios

Europeos reportan un aumento de la incidencia en 20% de esta entidad. A pesar de que la mortalidad por este tipo de cáncer, en especial de CBC, no es alta (0,003 a 0,55 %), su morbilidad sí es elevada, así como los costos que esta patología representa para el sistema de salud.^{4,10-13}

El segundo tipo cáncer de piel más frecuente es el Carcinoma Espinocelular (CEC) presentándose entre 20 y 25% de los casos, con una tasa de mortalidad aproximada de 1%. El cociente de incidencia estandarizada Carcinoma Basocelular/Carcinoma Espinocelular es aproximadamente de 4:1.^{14,15}

La incidencia anual del CEC cutáneo primario varía dependiendo de la altitud y la región geográfica, siendo mayor en las personas de fototipos I y II, variando entre 100 por cada 100.000 habitantes en el sexo femenino y 150 por cada 100.000 en el sexo masculino, a predominio 2:1 en la relación hombre-mujer; mientras que en los fototipos oscuros, la incidencia es de tres por cada 100.000 habitantes independientemente del sexo. En México la prevalencia es de 8%, mientras que en Estados Unidos se reportan entre 900.000 y 1.200.000 casos nuevos de cáncer cutáneo, de los que casi 20% corresponden al CEC y sus variantes.¹⁶

En lo que respecta a los hemangiomas, los tumores ocurren mayormente en la infancia, con una

Gráfico 3. Frecuencia de Atención Dermatológica en Carabobo en comparación por año.

Fuente: Servicio de Dermatología Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Valencia Edo. Carabobo

frecuencia de 10 a 12% en raza blanca, entre 20 y 30% en los prematuros de bajo peso al nacer, y se reporta una incidencia en niños menores de un año entre 4 y 10%, exhibiendo una relación 3:1 a 5:1 para el sexo femenino.¹⁷⁻²⁰

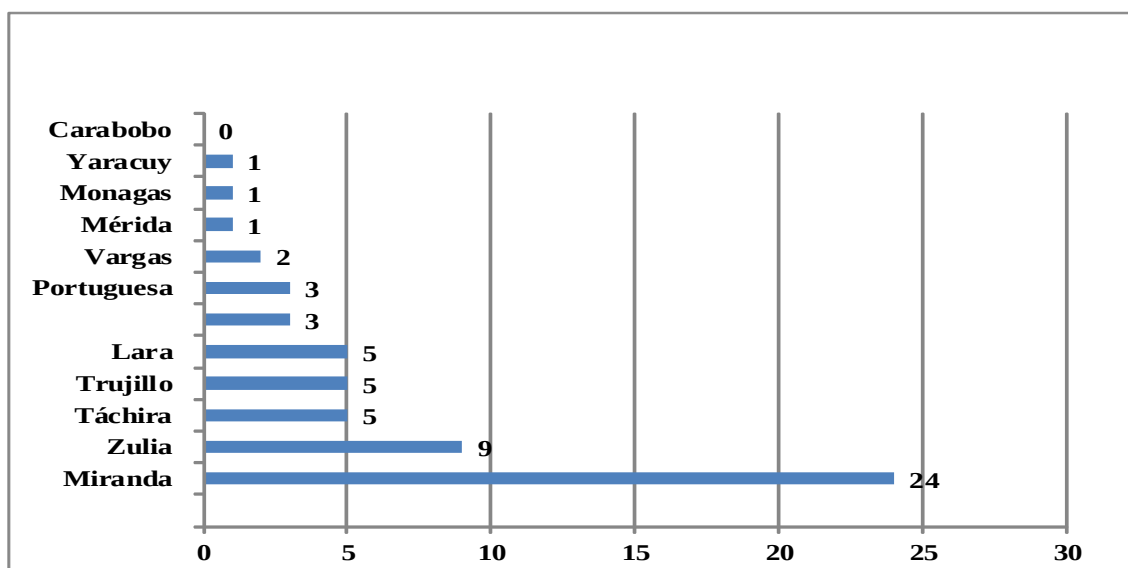
Por su parte, en Venezuela el sistema de registro, en los últimos años respecto a morbilidad, refleja algunas cifras relevantes. Para el año 2010 del total de 138.504 defunciones sólo 10 correspondieron a patologías de piel, con una tasa de 0,03/100.000 habitantes (28.833.845 para la población de 2010). En el Estado Carabobo las muertes por tumores diferente a estómago y pulmón reflejadas, fueron 1.465 desconociéndose la causa específica. En el año 2011 entre las 25 principales causas de muerte diagnosticadas, el cáncer ocupó el segundo lugar (15,61%) en orden de frecuencia: digestivo, pulmonar, genitales masculinos.^{8,21}

Este registro evidencia el notable aumento de la incidencia del Melanoma en nuestra sociedad, siendo el estado Miranda la región con mayor número de muertes por esta entidad nosológica, con 24 casos, seguida del estado Zulia con 9 casos, Táchira, Trujillo, Lara con 5 casos cada uno, 3 casos en Nueva Esparta y Portuguesa, 2 casos en Vargas y 1 caso en Mérida, Yaracuy y

Monagas, predominando en todos los estados el sexo masculino. A su vez ocurrieron 15 muertes por enfermedades de piel y tejido celular subcutáneo no específicas, de las cuales ninguna pertenece al estado Carabobo.²¹ (Gráfico 4).

En el Servicio de Dermatología del Hospital Central "Dr. Enrique Tejera" ubicado en Valencia, estado Carabobo, se registraron para el año 2015 un total 220 casos de cáncer de piel, siendo el de mayor incidencia con 161 casos, el CBC, de ellos correspondían 72 a hombres y 89 a mujeres, de estos, 60 pacientes pertenecían a primera consulta y 101 a consulta sucesiva. Mientras que se registraron 7 casos de CEC en el sexo masculino, de primera consulta; así mismo, en ese periodo se diagnosticó 1 caso de melanoma en una paciente femenina.²²

Estas estadísticas de nuestro servicio hospitalario al compararlas con las reportadas en el mundo, evidencian el comportamiento de la incidencia, orden y distribución por sexo de estas patologías, y aunque el registro no discrimina raza es típico que se presenten en personas de fototipos claros (I -II).

Gráfico 4. Mortalidad por Melanoma maligno según estados de Venezuela.

Fuente: INE Indicadores de Salud. 2013.

Respecto a las lesiones melanocíticas no malignas más comunes se encuentran los Nevus melanocíticos adquiridos con variabilidad según el origen celular del mismo (Nevus de Unión, Nevus compuestos, Nevus intradérmicos). La prevalencia de estas lesiones guarda íntima relación con la edad, raza, factores ambientales y genéticos. El número total de nevus aumenta con la edad con crecimiento rápido en la pubertad, y un pico máximo en la segunda década de la vida (aproximadamente a los 25 años de edad). Los nevus melanocíticos congénitos ocurren en 1 a 2 % de los recién nacidos, incrementando el riesgo de malignidad con el tamaño.^{23,24}

Un tipo de nevo atípico, que puede, con el tiempo, progresar a malignidad es el displásico o de Clark, que presenta una incidencia variable de 1,5 a 18%.^{25,26}

En la actualidad debido a múltiples factores tanto endógenos como exógenos, ha aumentado la incidencia a nivel mundial del Melanoma, este es el cáncer de piel más temido por el dermatólogo debido a su alta tasa de mortalidad; la mayor incidencia ocurre en personas de raza blanca y con excesiva exposición a la radiación ultravioleta. En Europa la tasa de incidencia

varía de 10 a 25 casos por 100.000 habitantes; en Estados Unidos de 20 a 30 por 100,00 habitantes, y en Australia el país con mayor incidencia respecto al cáncer de piel, para el melanoma es de 50 a 60 por 100.000 habitantes. Las tasas de mortalidad estandarizadas alcanzan 2,3/100,000 en varones y 1,5/100,000 en mujeres, que corresponde a 700 y 630 muertes respectivamente, en los últimos años, representando 1% de las muertes por cáncer y es causa de 75% de las muertes por cáncer de piel.²⁷⁻²⁹

La importancia epidemiológica, clínico patológico y terapéutica del cáncer de piel y su morbimortalidad, hace necesario su manejo interdisciplinario. Con los nuevos avances tecnológicos, biología molecular, genética y terapéutica aplicada, ha habido en estos últimos años un importante cambio en el enfoque de esta patología. La oportunidad del diagnóstico temprano del cáncer cutáneo, como en toda patología oncológica, aumenta las posibilidades de curación de la enfermedad, reduce la mortalidad, mejora la calidad de vida del paciente y disminuye sus costos asociados; esto sin dejar atrás el papel fundamental del dermatólogo en la vigilancia estricta y cercana de aquellas lesiones melanocíticas o no melanocíticas, que

constituyan en el tiempo, un riesgo para el paciente, así como el entrenamiento de este en la solicitud de atención médica oportuna y precoz.

Esta revisión permite concluir en la necesidad de crear un sistema de registro más amplio y detallado respecto a las enfermedades dermatológicas, principalmente de aquellas que representan un riesgo

de morir para el paciente y a su vez por los altos costos que ocasiona tanto para el Estado como para el paciente y su familia, con el fin de conocer la incidencia y prevalencia real de las patologías más relevantes en la consulta dermatológica, no sólo a nivel mundial sino también en el país, regiones y municipios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Alfaro. A, García. L, Casados. R, Rodríguez. R, Piña A, et al. Cáncer de piel. Epidemiología y variedades histológicas, estudio de cinco años en el noreste de México. Dermatol Rev Mex 2016 mar; 60 (2): 106-113.
- 2) Jurado F, Medina A, Gutiérrez R, Ruiz J. Prevalencia del cáncer de piel en tres ciudades de México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (3): 253-258.
- 3) Alfaro. A, Castrejón. L, Rodríguez. M. Cáncer de piel. Estudio epidemiológico a 10 años en derechohabientes del ISSSTE en Nuevo León. Dermatología Rev Mex 2010;54(6):321-325.
- 4) Valquiria P. Epidemiología do carcinoma basocelular. An Bras Dermatol. 2011; 86(2):292-305.
- 5) Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2014 [Consultada Noviembre 2016] Disponible en: www.who.int
- 6) Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer Incidence and mortality Worldwide: IARC.GLOBOCAN Vol 1, 2012.
- 7) Ferlay. J, Soerjomataram. I, Dikshit. R, Eser. S, Mather. C, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int. J. Cancer: 136, E359-E386. 2015.
- 8) Instituto Nacional de Estadística/Gerencia de Estadísticas Sociales. Indicadores de Salud. 2013 (3). [Consultado en Noviembre 2016] Disponible en: www.inec.gov.ve
- 9) Secretaría de Salud. Guía Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma Basocelular, México; 2013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/pages/guias.aspx>
- 10) Peña O, Álvarez V, Yabor A, Fontaine A, Ricardo A. Estudio de cinco años en pacientes de Las Tunas con cáncer cutáneo no melanoma. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(1).
- 11) Vásquez A. Carcinoma Basocelular. Revista médica de Costa Rica y Centro América LXIX 2012; (603) 325- 329.
- 12) Ocampo M, Cifuentes K. Incidencia y factores asociados a la recurrencia local de carcinoma basocelular en cabeza y cuello a los 5 años del tratamiento quirúrgico. [Tesis]. Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
- 13) Pérez D, Medina A, Torres S, Navarrete G, Ramos A, et al. Correlación clínica, histológica y dermatoscópica del carcinoma basocelular. Rev Cent Dermatol Pascua 2013; 22 (1).
- 14) Aceituno P, Buendía A, Arias S, Serrano S. Evolución de la incidencia del cáncer de piel en el período 1978-2002. Actas Dermosifiliogr. 2010;101(1):39-46
- 15) Mantorell A, Sanmartín O, Cruz R, Guillen C. Carcinoma epidermoide cutáneo: definiendo la variante de alto riesgo. Actas Dermosifiliogr. 2013;104(5):367-379.
- 16) Mercadillo P, Moreno L. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. Dermatol Rev Mex 2013; 57: 118-127.
- 17) Landolfi E. Hemangiomas cutáneos y lesiones vasculares benignas: tratamiento con láser y luz pulsada intensa. [Trabajo Especial de Grado]. Argentina. 2012.
- 18) Arvizu S, Ramírez E, Valencia A, Toledo E, Mena C, et al. Tratamiento de lesiones vasculares benignas en población infantil. Dermatología CMQ 2011; 9 (3): 228 - 233.
- 19) Baselga E, Bernabéu J, Van Esso D, Febrer M, Carrasco A, et al. Consenso español sobre el hemangioma infantil. An Pediatr (Barc). 2016;85(5):256-265.

- 20) De la Cruz Y. Hemangioma infantil. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascular*. 2015;16 (1):76-91.
- 21) Ministerio del Poder Popular Para la Salud. Anuario de Mortalidad. 2011.
- 22) Registros Médicos Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera". Servicio de Dermatología, 2015. Valencia estado Carabobo. Venezuela.
- 23) Alcalá D, Valente I. Nevos melanocíticos y no melanocíticos. Revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2010; 19 (2).
- 24) Quero A, Sánchez L, Socorro S, Ulises R. Nevo melanocítico congénito gigante y melanoma. [Consultado diciembre 2016] Disponible en: www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-5/RFM049000508.pdf
- 25) Gargantini G, Duprat J. Nevo displásico (nevo atípico). *An Bras Dermatol*. 2010; 85(6):863-71.
- 26) Alcalá D, González J, Jurado F. Nevos asociados a melanoma. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2015; 24 (3): 85-88.
- 27) Garbe C, Peris K, Hauschild A, Philippe S, Middleton M, et al. Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline e Update 2016. *European Journal of Cancer* 63 (2016) 201-217.
- 28) Rutkowski P, Wysocki P, Nasierowska A, Fijuth J, Kalinka E, et al. Cutaneous melanoma diagnostic and therapeutic guidelines in 2016. *Oncology in clinical practice* 2015; 11 (4) 216-231.
- 29) Lavanderos J, Pérez J, Jeria S, Concha D. Actualizaciones en melanoma maligno cutáneo. *Cuad. Cir*. 2010; 24: 47-56.