

TRABAJOS ORIGINALES

Epidemiología del melanoma maligno en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú, 2000-2004

Malignant melanoma epidemiology, National Institute of Neoplastic Diseases, Peru, 2000-2004

César Gutiérrez^{1,2}, Edith Alarcón^{1,3}, Rubén Valle⁴, Gabriela Calderón⁵.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la frecuencia y características de los casos de melanoma maligno en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en el periodo 2000 al 2004.

Material y métodos: Estudio descriptivo, se analizaron 574 casos de melanoma maligno, diagnosticados en el periodo comprendido entre los años 2000 al 2004, que representó el 1.4% de las neoplasias registradas en el INEN durante este periodo.

Resultados: En el periodo de estudio se observa una tendencia creciente del número de casos en general, sin embargo mientras la curva en mujeres presenta una tendencia creciente la curva en varones es descendente en los tres últimos años. El 53.9% de los casos se registraron en la ciudad de Lima. A partir de los 45 años de edad la frecuencia de melanoma aumenta considerablemente en ambos sexos y disminuye a los 80 años de edad.

Conclusiones: El número de casos reportados en el INEN presenta una tendencia creciente similar a la observada en otras partes del mundo.

Palabras clave: Epidemiología; Melanoma; Piel; Mortalidad; Perú.

SUMMARY

Objective. To determine the frequency and characteristics of malignant melanoma cases in the National Institute of Neoplastic Diseases (INEN) between 2000 to 2004.

Methods. Descriptive study, in which 574 cases of malignant melanoma were analyzed, diagnosed in the period 2000-2004 (1.4% of neoplastic diseases registered in the INEN).

Results: In the period of study an increasing tendency was observed, however the curve in women has presented an increasing tendency whereas the curve in men was descendent during the last three years. 53.9% of the cases were registered in the city of Lima. Beyond the 45 years of age the frequency of melanoma increases considerably in both sex and diminishes at the 80 years of age.

Conclusions: The number of cases reported in the INEN presents an increasing tendency similar to the observed one in other parts of the world.

Key words: Epidemiology; Melanoma; Skin; Mortality; Perú.

1 Médico Epidemiólogo, Sección de Epidemiología del Instituto de Medicina Tropical "Daniel A. Carrión", UNMSM.

2 Profesor Auxiliar del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, UNMSM.

3 Ingeniera Estadística, Departamento de Epidemiología y Estadística de Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

4 Estudiante de Medicina, UNMSM. Sociedad Científica de San Fernando.

5 Médico Asistente del Departamento de Cirugía en Mamas, Sarcomas y Tejidos Blandos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

INTRODUCCIÓN

Cada año aparecen en el mundo 160 000 casos nuevos de melanoma maligno (MM)¹, lo cuál ha provocado que el número de casos de MM se duplique cada 10 a 20 años desde la segunda mitad del siglo XX². En el año 2002 se registraron en el mundo 160 177 casos nuevos de melanoma maligno, representando el 1.47% de todos los casos de cáncer registrados en ese año. La mayor incidencia fue observada en mujeres con 81 134 casos nuevos, respecto a los varones que presentaron una incidencia de 79 043 casos nuevos (relación varón/mujer 0.97)¹. Para el año 2007 la probabilidad de desarrollar MM en los Estados Unidos es de 1 en 44 en hombres y de 1 en 73 en mujeres siendo la edad de mayor riesgo a partir de los 70 años, en consecuencia en este año se estima que se presentarán 59 940 casos de MM en ambos sexos³.

En el año 2002 ocurrieron 41 000 muertes por MM con un mayor número registrado en varones que en mujeres (relación varón/ mujer 1.2)¹. La tasa de mortalidad ha sufrido cambios distintos en diversas partes del mundo, por ejemplo Nueva Zelanda y Holanda, países con mayor número de casos de MM, han mostrado cifras estables de mortalidad en los últimos años⁴, mientras que en otros países del sur, centro de Europa y en países en vías de desarrollo la tasa de mortalidad sigue en incremento^{4,5}.

Para controlar las altas tasas de incidencia y de mortalidad producidas por el MM, en los últimos años se han venido practicando una serie de campañas de prevención primaria y secundaria iniciadas en los países de mayor incidencia, pero ahora adoptadas por varios países en el mundo⁶. Esta medida ha permitido el diagnóstico de lesiones en estadios tempranos en los cuales no existe todavía un gran compromiso cutáneo, este hecho se ha visto reflejado en el cambio de la incidencia, donde la gran mayoría de casos son lesiones delgadas mientras se observa un menor incremento de lesiones intermedias y profundas⁷. Los primeros estudios realizados para evaluar el impacto de las campañas de prevención fueron prometedores, mostrando que después de éstas se pudo diagnosticar hasta un 62% de lesiones delgadas comparadas con el 38% existente antes de la misma y que las lesiones profundas cayeron al 15% comparadas al 34% preexistente. Un estudio reciente realizado en Escocia mostró que la proporción representada por las lesiones delgadas fue del 72% comparado con el 38% que existía en 1985⁶. A pesar de que las campañas de educación han permitido avances en el diagnóstico todavía no se ha podido demostrar que sean efectivas en la reducción de la tasa de mortalidad. Esto sugiere que hay factores aún no identificados que estarían jugando un rol importante en la presentación del melanoma^{7,8}.

En el Perú al igual que muchos países latinoamericanos la verdadera incidencia de esta patología es desconocida⁴, sin embargo el Registro de Cáncer de Lima encontró en el periodo

de 1990-1997, 758 casos de melanoma lo cual representó el 1.15% de total de neoplasias registradas en ese periodo de estudio⁹. Ante la ausencia de conocimiento acerca del MM en el Perú, los autores del presente trabajo analizamos la tendencia de esta patología en los últimos años, así también buscamos determinar la distribución del MM según género, procedencia geográfica, localización corporal, tipo histopatológico y letalidad en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), periodo 2000-2004.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, en el cual se analizaron 574 casos de MM, diagnosticados en el periodo del 2000 al 2004 (casos nuevos para el periodo). Luego de ser admitido un paciente y después de tener una base diagnóstica suficiente y/o haber terminado su tratamiento el personal médico revisa la historia clínica y registra el diagnóstico en la respectiva historia, es el personal del Departamento de Estadística quien codifica dicho diagnóstico y lo registra en el sistema computarizado del INEN, además de todos los datos relacionados a dichos diagnósticos, como son la topografía, la morfología, el estadio, la fecha de diagnóstico. Este proceso de codificación está basado en los estándares de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de 1992 y la clasificación de TNM propuesto por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) en 1997. Del sistema informático se extrajo la base de datos motivo de análisis del presente estudio con un total de 574 registros, que representaron el 1.4 % del total de neoplasias malignas diagnosticadas en el INEN en dicho periodo.

El análisis estadístico consiste en el análisis de distribución de frecuencias y medidas de resumen, elaborando gráficos adecuados según las variables analizadas. Para el análisis se empleó el programa SPSS 11.0.

Se trabajó con una base de datos en la que no se consigna el nombre de los pacientes, por lo que se ha respetado la confidencialidad del diagnóstico.

RESULTADOS

La evolución del MM, para ambos sexos, ha mostrado una tendencia creciente desde el año 2000 hasta el 2004, en el año 2000, se reportaron, un total de 102 casos de MM hasta presentar 126 casos de MM en el año 2004. Si bien en el año 2003 la curva expresa una caída por el reporte de un caso menos comparada con el anterior, en el año 2004 se presenta el mayor incremento anual, en comparación con los demás años. La tendencia de los casos analizados según el género se ha mostrado muy irregular y a pesar que para ambos

géneros el número de casos reportados se mantiene en un mismo rango, en los tres últimos años se ha observado una tendencia creciente en mujeres y una curva descendente en varones (Gráfico 1).

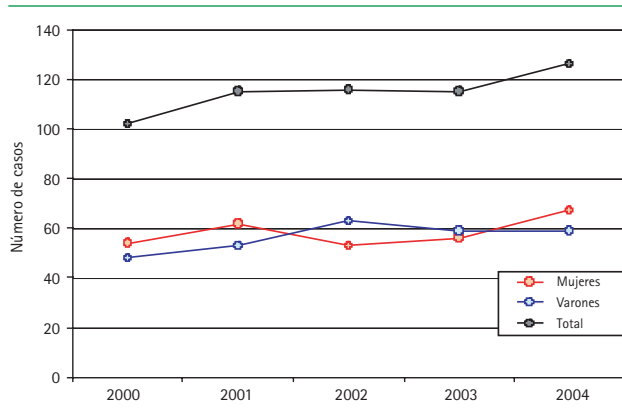


Gráfico 1. Evolución de los casos de melanoma maligno, INEN, 2000-2004.

De los 574 casos de MM, el 51% se presentó en mujeres (292 casos) con una relación varón/mujer de 0.96. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 58.1 ± 16.4 años, siendo semejante entre varones (58.9 ± 15.6) y mujeres (57.3 ± 17.0). Los casos de menor edad corresponden a cuatro años de edad (dos pacientes, una niña y un niño), mientras que los casos de mayor edad fueron dos varones de 100 años. La distribución de los pacientes según grupos de edad quinquenales fue similar en ambos géneros (Gráfico 2). La edad de presentación mostró un considerable incremento a partir de los 45 años de edad para permanecer constantemente elevada hasta los 80 años, edad en la cual se observa una caída en la frecuencia de casos; el 50% de los pacientes tuvieron edades entre 48 y 70 años.

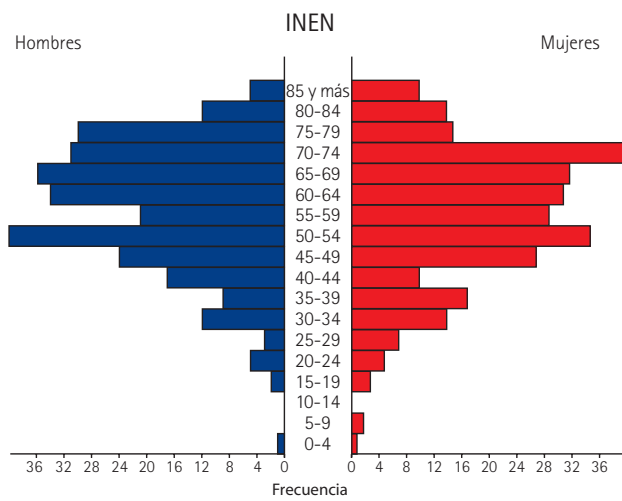


Gráfico 2. Distribución de los casos de melanoma maligno según edad y género, INEN, 2000-2004.

El 53.8% de todos los casos reportados en los cinco años de estudio tuvieron como lugar de procedencia la ciudad de Lima (309 casos). Le siguen en frecuencia los departamentos de Junin (26 casos) Cajamarca (25 casos) y Ancash (24 casos); también se registró un caso que corresponde a un paciente extranjero (Tabla 1).

Tabla 1. Lugar de procedencia de los casos de melanoma maligno, INEN, 2000-2004.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Lima	309	53.8
Junin	26	4.5
Cajamarca	25	4.4
Ancash	24	4.2
Arequipa	20	3.5
Ayacucho	18	3.1
La Libertad	16	2.8
Apurimac	15	2.6
Piura	15	2.6
Callao	14	2.4
Lambayeque	14	2.4
Cusco	13	2.3
Huancavelica	10	1.7
Hunauco	10	1.7
Ica	10	1.7
Puno	8	1.4
San Martin	8	1.4
Amazonas	5	0.9
Pasco	4	0.7
Moquegua	3	0.5
Tumbes	3	0.5
Madre de Dios	1	0.2
Tacna	1	0.2
Ucayali	1	0.2
Extranjero	1	0.2
Total	574	100.0

El 59.9% de las lesiones de MM se ubicaron en las extremidades inferiores, le siguen en frecuencia las lesiones ubicadas en miembro superior y tronco, representando el 14.1% y 13.8%, respectivamente. En varones las localizaciones más frecuentes fueron las extremidades inferiores (60.3%) y el tronco (17.0%), mientras que en mujeres las lesiones predominantes estuvieron ubicadas en las extremidades inferiores (59.6%) y superiores (17.1%) (Gráfico 3). Las lesiones ubicadas en la cabeza y cuello representaron el 4.9% del total y de estas la mayoría se presentaron en párpado y comisura palpebral seguidas por las ubicadas en el cuello, cuero cabelludo, labio y pabellón auricular.

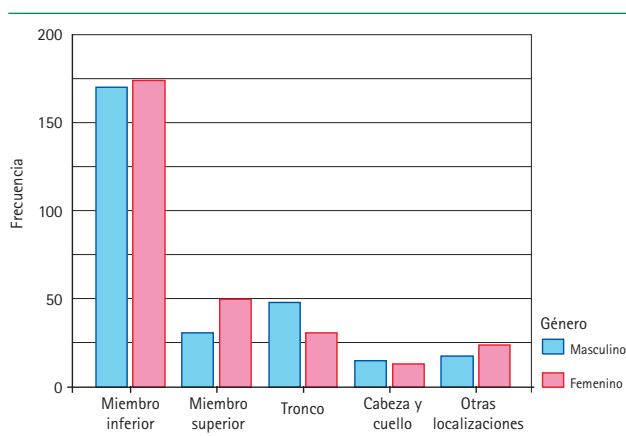


Gráfico 3. Localización corporal del melanoma maligno según el género, INEN, 2000-2004.

El 63.9% de los casos fueron MM SAI (sin otra especificación), seguidos del melanoma nodular (9.1%) y melanoma lentiginoso acral (8.9%). Los tipos histológicos menos frecuentes fueron el nevus azul maligno, melanoma mixto de células epitelioides y el melanoma maligno en la peca melanótica con tres casos cada uno (0.52%) (Gráfico 4).

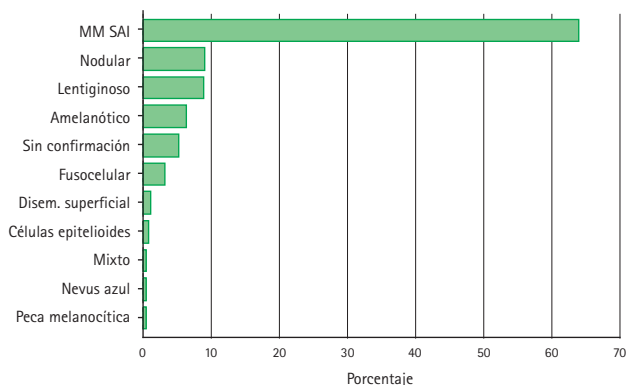


Gráfico 4. Histopatología del melanoma maligno, INEN, 2000-2004.

En el periodo 2000-2004 se registraron un total de 41 defunciones en la población de estudio, con una letalidad general del 7.1%. Los pacientes con lesiones ubicadas en los miembros inferiores y superiores fueron los que presentaron la mayor letalidad (7.6% y 7.4% respectivamente) (Tabla 2). De los casos en los que se obtuvo el registro exacto histopatológico, los pacientes con diagnóstico de melanoma mixto (33.3%) y de células epitelioides (20.0%) son los que presentaron el mayor número de defunciones (Tabla 2).

Tabla 2. Letalidad según localización e histopatología del melanoma maligno, INEN, 2000-2004.

Clasificación	Número de casos	Número de defunciones	Letalidad (%)
Localización			
• Miembro inferior	344	26	7.6
• Miembro superior	81	6	7.4
• Cabeza y cuello	28	2	7.1
• Tronco	79	5	6.3
• Otras localizaciones	42	2	4.8
Histopatología			
• Mixto	3	1	33.3
• De células epitelioides	5	1	20.0
• Clínico, sin confirmación microscópica	30	4	13.3
• Amelanótico	36	3	8.3
• MM SAI	367	26	7.1
• Nodular	52	3	5.8
• Fusocelular	18	1	5.6
• Lentiginoso	51	2	3.9
• Con diseminación superficial	6	0	0.0
• MM en la peca melanótica	3	0	0.0
• Nevus azul maligno	3	0	0.0

DISCUSIÓN

La incidencia de MM permanece en continuo incremento en el mundo^{1,3,10-13}, y en los últimos años este incremento ha sido preponderantemente en el grupo de lesiones clasificadas como lesiones delgadas las cuales se asocian a un diagnóstico más temprano de la enfermedad⁷. Muchos investigadores han cuestionado si el aumento de la tasa de incidencia es real y señalan que las principales vías de error podrían ser: la intensificación de la evaluación con el aumento del número de falsos positivos, diagnósticos inciertos, problemas medicolegales, y los sistemas de registro de casos¹⁴.

En el INEN se reportaron en el periodo 2000-2004, un total de 574 casos de MM, al revisar la frecuencia por año se observa una curva ascendente de los casos al igual que en muchos países de Latinoamérica como Cuba y Chile^{2,4}. El 54% de los casos se registraron en el departamento de Lima y los demás casos en otras ciudades del país. Esta alta frecuencia sería el reflejo de la accesibilidad geográfica con que cuentan los pobladores de Lima al estar ubicado el INEN en el mismo departamento, así mismo se podría pensar que existen casos de melanoma cutáneo existentes en otros departamentos que aún no han sido reportados.

Se presentaron un mayor número de casos en el sexo femenino, lo cual ha sido observado también en otros países, la

edad de presentación incluye pacientes de edades muy tempranas como ha sido el caso de niños con MM de cuatro años de edad, sin embargo se observó un marcado incremento en la frecuencia a partir de los 45 años en hombres y mujeres, lo cual también se observa en países como Cuba² y en Nueva Zelanda¹², posteriormente a partir de los 80 años la frecuencia de casos disminuye considerablemente en ambos sexos lo cual coincide con lo reportado en Alemania¹¹, Argentina¹⁵, Cuba² y España¹⁰, sin embargo en Nueva Zelanda, uno de los países como mayor incidencia, es en esta edad donde se presenta la mayor incidencia¹². El diagnóstico precoz o tardío va estar relacionado en muchas ocasiones con la localización de la lesión. La localización de las lesiones en el INEN guarda una semejanza a la observada en otros países donde el lugar más frecuente es en las extremidades inferiores. De las lesiones ubicadas en la cabeza el mayor número de casos se presentaron en los párpados y la comisura palpebral mientras que en otros estudios llevados a cabo en España, por ejemplo, señala a la piel de la cara como la región de mayor presentación¹⁰.

Las lesiones de mayor presentación en nuestra población fueron clasificadas como SAI (sin especificación). El Registro Argentino de Melanoma Cutáneo reportó un 19% de

MM SAI¹⁵, mientras que en Colombia en el año 2003 presentó un 32,5% de MM SAI¹⁶; en el INEN el MM SAI representó el 64%, lo cual reflejaría el subregistro existente en otras categorías histopatológicas, la segunda lesión histopatológica más frecuente es el melanoma nodular (9.1%) el cual presenta crecimiento vertical y por lo tanto mayor probabilidad de metástasis y menor supervivencia¹⁰, en Argentina y Cuba este tipo de melanoma se encuentra en tercer lugar con el 17%¹⁵ y 17.7%² de los casos. El tipo histológico de extensión superficial solo representó en nuestra población 1.1% mientras que en España fue el 44.1%¹⁰ y en Argentina ocupó el primer lugar con una frecuencia del 45% de todos los tipos histopatológicos¹⁵.

La letalidad por melanoma permanece en incremento en muchos países del mundo¹. En Chile la tasa de mortalidad es menor que en el resto del mundo, sin embargo continúa en incremento⁴. En nuestro trabajo en el 7.1% de las personas diagnosticadas de MM se pudo reportar su fallecimiento y de éstas la localización en extremidades inferiores y las que tenían un tipo histopatológico mixto fueron las que presentaron un mayor número de defunciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PARKIN M, BRAY F, FERLAY P. Global Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55:74-108.
2. HABER A, PEREZ A, BATISTA N. Melanoma Maligno cutáneo. Algunos aspectos clínicos epidemiológicos. Provincia Holguín. 1995-1999. *Correo Científico de Holguín.* 2006;10(1).
3. JEMAL A, SIEGEL R, WARD E, MURRAY T, XU J. Cancer Statistics 2007. *CA Cancer J Clin.* 2007;57:43-66.
4. ZEMELMAN V, GARMENDIA L, KIRSCHBAUM A. Malignant melanoma mortality rates in Chile (1988-98). *International Journal of Dermatology.* 2002;41:99-103.
5. VAN DER RHEE H, VAN DER SPEK-KEIJSER L, VAN WESTERING R. Oncreas in and stabilization of incidence and mortality of primary cutaneous malignant melanoma in western Netherlands. 1980-95. *Br J Dermatol.* 1999;140:463-7.
6. MACKIE R, BRAY, C, LEMAN J. Effect of public education aimed at early diagnosis of malignant melanoma: cohort comparison study. *Br Med J.* 2003;326:367.
7. MURRAY C, STOCKTON D, DOHERTY V. Thick melanoma: Challenge persists. *Br J Dermatol.* 2005;152:104-9.
8. MANSSON-BRAHME E, HOHANSSON H, LARSSON O, RUTQVIST E. Trends in incidence of Cutaneous Malignant Melanoma in a Swedish Population 1976-1994. *Acta Oncologica.* 2002;41(2):138-46.
9. SOLIDORIO A. Cáncer en el siglo XXI. *Acta Med Per.* 2006;23(2):112-8.
10. AVILÉS A, LÁZARO P, LECONA M. Epidemiología y supervivencia del melanoma cutáneo en España: estudio de 552 casos (1994-2003). *Rev Clin Esp.* 2006;206(7):319-25.
11. KATALINIC A, KUNZE U, TSHAFFER T. Epidemiology of cutaneous melanoma and non melanoma skin cancer in schleswig-Holstein, Germany: Incidence, clinical, subtypes, tumour stages and localization (epidemiology of skin cancer). *British Association of Dermatologists.* 2003;149:1200-06.
12. RICHARD C, ROBINSON M, ROBINSON E. Cutaneous melanoma in caucasian New Zealanders: 1995-1999. *Anz J Surg.* 2004;233:237.
13. AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. *AJCC Cancer Staging Manual.* Sixth Edition. Chicago: Springer; 2002.
14. FLÓREZ A, CRUCES M. Melanoma epidemic: True or false. *Int J Dermatol.* 2004;43:405-7.
15. LORIAD, ZENGARINI N, LATORREC. Argentina: Registro Argentino de Melanoma Cutáneo (RAMC) Página web disponible en: <http://www.infopiel.org.ar/ramc/doc/poster.pdf>
16. PARDO C, MURILLO R, PIÑEROS M. Casos nuevos de cáncer en el instituto nacional de cancerología, Colombia, 2002. *Revista Colombiana de Cancerología.* 2003;7(13):4-19.