



Estudio observacional, pacientes con diagnóstico y tratamiento de Melanoma en el Instituto Oncológico Solca, Guayaquil.

Observational study, patients with diagnosis and treatment of Melanoma at the Solca Cancer Institute, Guayaquil.

Mario Leone Pignataro^{1*} , **Marlon Benites Ordinola²**, **Holwain Alfredo Solórzano Morales¹**, **Luis Aguilar S²**, **Javier Benites Ordinola³**.

1. Servicio de Piel y Partes Blandas - Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" Solca –Guayaquil, Ecuador.

2. Servicio de Cirugía Oncológica – Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" Solca –Guayaquil, Ecuador.

3. Distrito 24D01 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Guayaquil-Ecuador.

*Correspondencia:

mleone18@hotmail.com

Teléfono [593] 4 3718 700.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Fondos: Ver la página 9

Recibido: 14 Noviembre 2016

Aceptado: 28 Diciembre 2016

Publicado: 31 Marzo 2017

Membrete bibliográfico:

Leone M, Benites M, Solórzano H, Aguilar L, Benites J. Estudio observacional, pacientes con diagnóstico y tratamiento de Melanoma en el Instituto Oncológico Solca, Guayaquil. Rev. Oncol. Ecu 2017;27(1):1-10.

Resumen

Introducción: La calidad de vida de pacientes con melanoma ha mejorado en la última década, gracias a los diagnósticos tempranos y tratamientos complementarios disponibles. El objetivo del presente estudio es determinar las características clínicas de pacientes con melanoma y su grado de supervivencia.

Métodos: El presente estudio observacional fue realizado en el Instituto Oncológico Solca (Guayaquil – Ecuador), en el período 2003–2009. Participaron los pacientes registrados con diagnóstico histopatológico de Melanoma. Las variables incluidas fueron: edad, sexo, escala de Clark, índice de Breslow, supervivencia a 4 años. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 106 registros de pacientes con diagnóstico de melanoma. La edad más prevalente fue de 60 a 81 años, con predominio del sexo masculino, localización más común del melanoma en extremidades inferiores, evolución promedio de 2 años (± 0.17). Según la escala de Breslow, el 49 % de los casos correspondieron a melanomas de 0.76 – 1.5 mm de espesor. El estadije de Clark más frecuente fue nivel III (50 %). El tipo clínico de mayor incidencia fue melanoma de extensión superficial (54 %). Supervivencia global a 4 años fue del 70 %.

Conclusiones: La supervivencia reportada en el presente estudio es similar a la de los reportes de la comunidad científica, ratificando la importancia de un diagnóstico en etapa temprana y del tratamiento quirúrgico como efecto resolutivo y curativo en dicha patología.

Palabras Claves: MELANOMA, MAMOPLASTIA, NEOPLASIAS CUTÁNEAS, SUPERVIVENCIA (SALUD PÚBLICA).

 Copyright Leone et al. Este artículo es distribuido bajo los términos de [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), el cual permite el uso y redistribución citando la fuente y al autor original.

Abstract

Introduction: Survival of patients with melanoma is improving in this last decade, due to the earlier diagnoses and complementary treatments available. The aim of the present study was to determine the clinical characteristics of patients with melanoma and survival of this group of patients.

Methods: The present observational study was carried out in the Oncological Institute (Solca) - Guayaquil-Ecuador. In the period 2003-2009. The records of patients with a histopathological diagnosis of Melanoma were included. The variables were age, sex, Clark's scale, Breslow index, 3-year survival and 4 years. A statistical description was used.

Results: A total of 106 records of patients diagnosed with melanoma were included in the study. The most prevalent age was 60 to 81 years, with predominance of males, the most common location in the lower extremities, with an average evolution of 2 years \pm 0.17. According to the Breslow scale, 49 % of the cases corresponded to melanomas from 0.76 to 1.5 mm thick. The most frequent Clark staging at level III (50 %). The most frequent clinical type was melanoma with superficial extension (54 %). Overall survival at 3.5 years was 68.5 %.

Conclusions: The survival reported in the present study is similar to the reports of the scientific community, ratifying the importance of an early stage diagnosis and surgical treatment as a resolute and curative effect in said pathology.

Key Words: MELANOMA, MAMMOPLASTY, SKIN NEOPLASMS, SURVIVAL (PUBLIC HEALTH).

Introducción

El melanoma, con tan solo el 5 % de prevalencia de los cánceres de piel, causa el 75 % de las muertes de este grupo [1]. Su incidencia aumenta anualmente [2], por lo que se espera que, aproximadamente, una de cada 55 de las personas nacidas en estos días en los Estados Unidos (EEUU) lo desarrollen [3], en comparación con un caso diagnosticado entre 1500 personas nacidas en los años treinta [4].

La supervivencia de los pacientes con melanoma ha mejorado debido a la detección precoz. La Organización Mundial de la Salud calculó que en el año 2000 su incidencia global fue 132.602 casos con 37.047 muertes, lo que representa un 28 % de mortalidad. La incidencia de esta enfermedad también ha tenido un incremento acelerado a partir del año 2000 [1]. Afecta a todos los grupos etarios, con mayor incidencia en hombres de raza blanca, incrementándose de 4.7 por 100 mil habitantes en el año 1973, a 7.7 por 100 mil habitantes en el 2004. Entre las mujeres de raza blanca, la incidencia se incrementó de 5.5 a 13.9 por 100 mil habitantes a lo largo del mismo período [1].

El melanoma se puede desarrollar en una lesión pigmentada preexistente en la piel o *de novo* (a partir de nuevas lesiones) en la piel con una apariencia anteriormente normal. Las características que hacen sospechar de un melanoma en una lesión pigmentada preexistente incluyen: cambio en el tamaño, forma irregular, color irregular, diámetro de 7 mm o más, inflamación, exudado y cambio en la sensibilidad [5]. Existen factores ambientales predisponentes como exposición a rayos ultravioleta, historia previa de Melanoma (riesgo 5-10 %), edad avanzada, estados de inmunosupresión, HIV/SIDA [2].

El 81 % de los casos de melanoma cutáneo se diagnostican mientras el cáncer está aún confinado al sitio primario (estadio localizado); el 12 %, después que este se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales o directamente más allá del sitio primario. Otro 4 % es diagnosticado después que el cáncer ya ha hecho una metástasis a sitios distantes (estadio distante). En el 4 %, restante la información del estadiaje se desconoce. Las tasas de supervivencia relativa a los cinco años se reportan de 98.7 % para el localizado; 65.1 % para el regional; 15.5 % para el distante; y 77.4 % para los pacientes con estadiaje desconocido [6].

La cirugía es el tratamiento inicial y potencialmente curativo para el melanoma, empleando la escisión con márgenes de seguridad que extrae una cantidad pequeña de la piel alrededor del cáncer (generalmente menos de 1 cm). Otra opción quirúrgica es la "extirpación quirúrgica amplia", en la que se extirpa el tumor, parte de la piel y se realiza una linfadenectomía ipsilateral. En ocasiones es necesario realizar una reconstrucción con colgajo o con injertos para mantener la funcionalidad de la piel [7]. Además, la quimioterapia y radioterapia se administran como complemento del tratamiento quirúrgico [4]. El uso del interferón, que es una terapia conocida como modificadora de la respuesta biológica, o la inmunoterapia, empleando materiales naturales o de síntesis para impulsar restaurar o dirigir las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad, también se utiliza como tratamiento adyuvante [7].

El objetivo general de este estudio fue conocer el manejo clínico de los pacientes con melanoma y determinar la supervivencia de un grupo de pacientes con este diagnóstico.

Materiales y Métodos

El presente estudio de tipo observacional fue realizado en Solca - Guayaquil con pacientes que se atendieron en el Servicio de Piel y Partes Blandas desde Enero del 2003 hasta Abril del 2009. Se revisaron historias clínicas, exámenes, tiempo de evolución, datos de incidencia, edad, sexo, respuesta al tratamiento quirúrgico y adyuvante; además del seguimiento con controles periódicos durante 5 años. Se realizó el estudio histopatológico confirmado de Melanoma por biopsias incisionales y escisionales según la escala de Clark e índice de Breslow.

Para confirmar el diagnóstico de los casos que no fueron diagnosticados en Solca, se solicitó los cortes histológicos realizados en las clínicas y hospitales de donde se refería a los pacientes y las placas histológicas fueron revisadas por parte del servicio de patología de Solca. Los datos se recolectaron en una hoja electrónica y fueron analizados usando medidas de tendencia central: media aritmética, moda, mediana, frecuencia relativa; medidas de dispersión: desviación estándar. Los gráficos empleados fueron histograma y diagrama de barras.

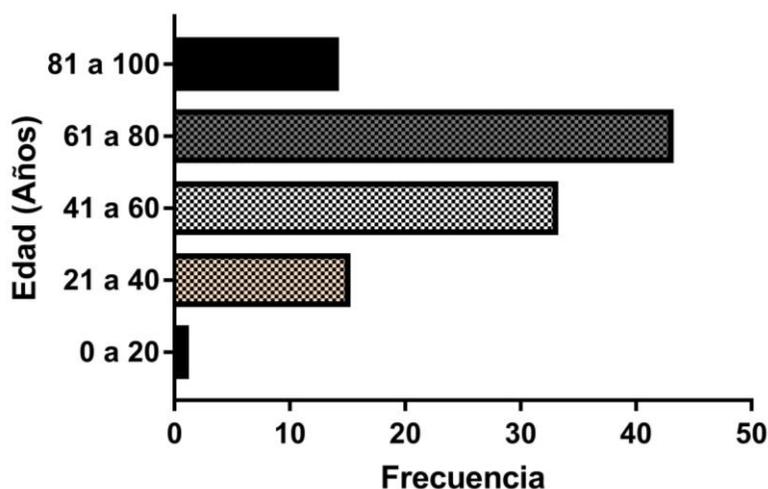
Resultados

En el período de estudio se analizaron 106 casos. El grupo etáreo más afectado fue de 60 a 81 años (**Figura 1**), con mayor incidencia en sexo masculino (**Figura 2**), con instrucción primaria (75 %), de mayor procedencia en la provincia Guayas (90 %). La localización más frecuente fue en las extremidades: 53 casos (50 %), cabeza: 41 casos (39 %), tronco y cavidad abdominal: 12 casos (11 %) (**Figura 3**). Al examen físico y radiológico se evidenció presencia de adenopatías palpables: inguinales en 30 casos (28 %), a nivel de cuello en 8 casos (8 %) y axilar en 7 casos (7 %). Promedio de evolución de la enfermedad fue de 2 años (± 0.17).

Según la escala de Breslow, el 49 % de los casos correspondieron a melanomas de 0.76 – 1.5 mm de espesor. Según la escala de Clark el 50 % de los casos tenían un nivel III (**Tabla 1**). Se realizó tratamiento quirúrgico oncológico en el instituto a 59 pacientes, de los cuales los de mayor prevalencia fueron la resección amplia con reconstrucción con injerto libre en pies (31%) y amputación de los dedos de los pies (17 %) (**Tabla 2**).

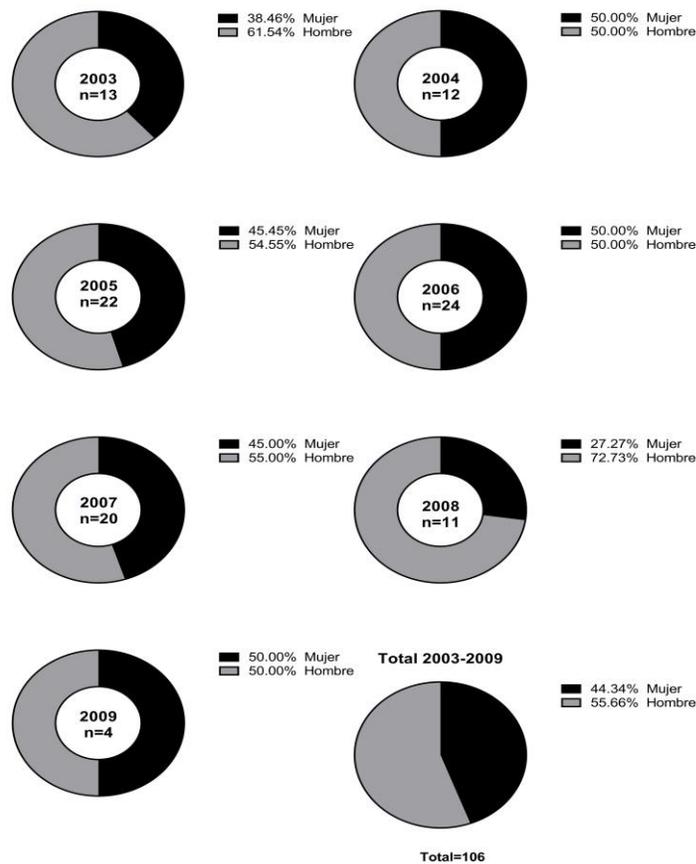
En 12 casos se realizaron extracciones de "Ganglios Centinelas", los cuales fueron positivos en 2 casos. Del grupo total estudiado, 48 pacientes (45 %) recibieron un tratamiento complementario (**Tabla 3**). El 68% de pacientes acudieron con un diagnóstico previo realizado fuera del instituto por medio de biopsias incisional y escisional, y el 32 % restantes fueron diagnosticados en Solca. El tipo histológico de mayor incidencia fue el melanoma de extensión superficial, en el 51 % de los casos.

Figura 1. Frecuencia de casos con Melanoma por edad



Otros sitios de metástasis fueron el hígado en 4 pacientes, hueso en 2 pacientes, y el globo ocular y vejiga en 1 paciente. El servicio de cirugía plástica realizó tratamiento con injerto libre en 36 pacientes. Actualmente, 66 pacientes (63 %) se encuentran bajo controles periódicos y la evolución clínico - quirúrgica e imagenológica es favorable. Se midió la supervivencia en 57 pacientes en el periodo 2006-2009 la cual fue del 70 %.

Figura 2. Frecuencia de Melanoma por sexo en los años 2003-2009



De 106 pacientes, se realizó linfadenectomía a 47: en la región inguinocrural, 21 casos; por vía laparoscópica de la región ilíaca, 2 casos; por vía laparoscópica ilíaca + inguino crural, 10 casos; de región axilar, 9 casos; de región cervical, 4 casos y en la zona suprahomohioidea, 1 caso.

Tabla 1. Clasificación del grupo de estudio según la escala de Clark e Índice de Breslow.

Nivel de Invasión	Frecuencia (%)
Clasificación de Clark	
I	0
II	6 (6 %)
III	53 (50 %)
IV	39 (37 %)
V	8 (7 %)
Índice de Breslow (Espesor en mm)	
< 0.75 mm	8 (8 %)
0.76 - 1.5 mm	52 (49 %)
1.51 - 4 mm	38 (35 %)
> 4 mm	8 (8 %)

Figura 3. Ubicación anatómica del melanoma

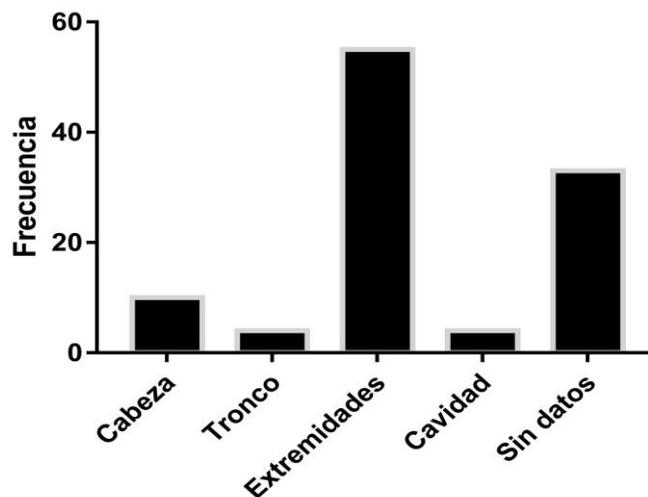


Tabla 2. Tratamientos quirúrgicos en pacientes con melanoma realizados en el ION Solca - Guayaquil.

Procedimiento Realizado	Pacientes intervenidos en Solca n=59 (100%)	Pacientes intervenidos fuera de Solca n= 79 (100%)
RA + reconstrucción con injerto libre en pies	18 (31 %)	26 (33%)
Amputación de los dedos de pies	10 (17 %)	-
RA de muslo	4 (7 %)	-
Represe en región dorso lumbar	4 (7 %)	-
Amputación supra-condílea	2 (3 %)	-
RA en la mama	2 (3 %)	-
RA+ injerto en pierna	2 (3 %)	-
Represe en la región supraclavicular	2 (3 %)	-
RA en la región nasal	3 (5 %)	-
Linfadenectomía inguino – crural	2 (3 %)	-
RA en la región infra-auricular	2 (3 %)	-
RA + plastia en la región malar	1 (2 %)	-
Submaxilectomía	1 (2 %)	-
RA + plastia de pabellón auricular	1 (2 %)	-
Amputación de los dedos de la mano	2 (3 %)	5 (6 %)
RA + colgajo en el párpado inferior	1 (2 %)	-
RA de la mucosa gingival	1 (2 %)	-
RA en el brazo	1 (2 %)	-
Biopsia Escisional	0	34 (43 %)
Biopsia Incisional	0	12 (15 %)
Laparotomía	0	2 (3 %)

RA: resección Amplia.

Tabla 3. Tratamiento complementario en pacientes con Melanoma

	Operados en Solca N=25	Operados fuera de Solca N=23
Quimioterapia	8	9
Radioterapia	3	5
Interferón	3	3
Q+I	3	3
I+R	3	1
Q+R+I	4	1
Q+R	1	1

Q=Quimioterapia, R=Radioterapia, I=interferón.

Tabla 4. Distribución de pacientes de acuerdo a la clasificación clínica

Forma Clínica	Frecuencia (%)
Melanoma de extensión superficial	54 (51 %)
Nodular	29 (27 %)
Lentigo Maligno	14 (13 %)
Lentigo Maligno Palmo-Plantar	9 (8 %)
Total	106 (100 %)

Los sitios más afectados por metástasis fueron la región inguinal en 25 pacientes, el pulmón y cerebro en 8 pacientes, la región axilar en 7 pacientes.

Discusión

Entre los hallazgos relevantes de este reporte se incluye que el lugar en donde el melanoma se presenta con más frecuencia son las extremidades inferiores, afectando al grupo etáreo de 60 a 80 años de edad. El tratamiento quirúrgico oncológico más frecuente realizado en estos pacientes fue la resección amplia con reconstrucción con injerto libre en pies y el tratamiento complementario más frecuente fue la quimioterapia. La supervivencia global de este reporte fue del 70 % a 4 años. Según los protocolos internacionales, el 81 % de los casos de melanoma cutáneo se diagnostican mientras el cáncer está todavía está confinado al sitio primario (estadio localizado); el 12 %, después de que éste se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales o directamente más allá del sitio primario; el 4 %, después que el cáncer ya ha hecho una metástasis a sitios distantes (estadio distante), y en el 4 % restante la información del estadiaje se desconoce.

Las tasas de supervivencia relativa correspondientes a los cinco años fueron: 98.7 % para el localizado; 65.1 % para el regional; 15.5 % para el distante; y un 77.4 % para el que no presentaba estadiaje [6], reportes que son muy similares a la supervivencia global presentada en este estudio. La aplicación de la técnica del ganglio centinela en el presente estudio reportó 2 casos positivos y 10 negativos, esto permitió evitar linfadenectomías innecesarias y sus respectivas complicaciones. Según el presente estudio, el 62 % de pacientes presentan un nivel de supervivencia aceptable, ratificando la importancia de un diagnóstico y tratamiento quirúrgico como efecto resolutivo y curativo en etapas

tempranas. Sin embargo, el tratamiento complementario (quimioterapia y radioterapia) también es de vital importancia, ya que en este estudio se reportaron 48 pacientes que necesitaron adyuvancia, con buen resultado también a largo plazo.

El espesor de Breslow promedio del melanoma en el momento del diagnóstico ha disminuido en décadas recientes [8]. Lo anterior puede estar relacionado con el cribado, así como con la presentación y la detección precoz del melanoma [9]. La mortalidad por melanoma ha aumentado con menor rapidez que la incidencia de melanoma, y los melanomas localizados representan una proporción cada vez mayor de los nuevos casos.

La prevención juega un rol importante en pacientes con factores de riesgo, evitando de esta manera la presentación del melanoma [10]. La mortalidad en este estudio fue del 31.5 %, lo que permite establecer que el pronóstico de la enfermedad a 3.5 años es favorable, aunque se requeriría un estudio diseñado para este fin para medir la mortalidad y supervivencia. La mortalidad del grupo probablemente se debe al ingreso a tratamiento en estadios avanzados y con metástasis a diferentes órganos. Es importante destacar que algunos pacientes no recibieron tratamiento complementario a su debido tiempo por problemas económicos, por la gran afluencia de pacientes para dicho tratamiento, entre otras causas.

Conclusiones

En el presente estudio se reporta una supervivencia global de los pacientes con melanoma del 68.5 % a 3.5 años. De los 106 casos analizados, el sitio más frecuente de presentación del melanoma fue en las extremidades inferiores, afectando al grupo etáreo de 60 a 80 años de edad. El tratamiento quirúrgico oncológico más frecuente realizado en estos pacientes fue la resección amplia con reconstrucción con injerto libre en pies y el tratamiento complementario más frecuente fue la quimioterapia.

Agradecimientos

Queremos agradecer al personal del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" Solca-Guayaquil por su colaboración en el presente estudio.

Información adicional

Abreviaturas

HIV/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia humana /Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

ION: Instituto Oncológico Nacional.

I: Interferón.

Q: Quimioterapia.

R: Radioterapia.

Solca: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.

Nota del Editor

La Revista Oncología del Ecuador permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores.

Fondos

Los fondos para la presente investigación fueron propios de los autores del presente artículo.

Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

Contribuciones de los autores

MBO, MLP, HS, LA, JB. MBO y MLP idea de investigación, MBO y HS realizaron la revisión bibliográfica. MBO, MLP, LA y JB compilaron los datos. MLP escribió el artículo. JB y MLP realizaron el análisis estadístico. MLP realizó el análisis crítico del estudio. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Aprobación de ética y consentimiento para participar

No aplica ya que es un estudio de revisión de historias clínicas.

Consentimiento para publicación

No aplica.

Información de los autores

Mario Leone Pignataro, Jefe Servicio de Piel y Partes Blandas. ION-Solca – Guayaquil. 
<https://orcid.org/0000-0002-1640-948X>

Marlon Benites Ordinola, Médico Residente del Servicio de Cirugía Oncológica. ION-Solca – Guayaquil.

Holwain Solórzano Morales, Cirujano Oncólogo del Servicio Partes Blandas ION-Solca, Guayaquil.

Luis Aguilar S, Médico Residente del Servicio de Cirugía Oncológica. ION-Solca – Guayaquil.

Javier Benites Ordinola, Médico General – Distrito 24D01, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Revisiones por pares

Acceda a la revisión de pares académicos en el siguiente enlace:
<https://publons.com/review/2775235/>

Referencias

1. Geller AC, Swetter SM, Brooks K, Demierre MF, Yaroch AL. Screening, early detection, and trends for melanoma: current status (2000-2006) and future directions. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(4):555-72. DOI: [10.1016/j.jaad.2007.06.032](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.06.032)
2. Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous melanoma. *Lancet* 2005; 365: 687-701. DOI: [10.1016/S0140-6736\(05\)17951-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17951-3).
3. Marghoob AA, Changchien L, DeFazio J, Dessio WC, Malvey J, Zalaudek I, et al. The most common challenges in melanoma diagnosis and how to avoid them. *Australas J Dermatol*. 2009;50(1):1-13. DOI: [10.1111/j.1440-0960.2008.00496.1.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2008.00496.1.x).
4. National Cancer Institute [Internet]. May 8, 2018. Cancer Stat Facts: Melanoma of the Skin. Consultado en Junio 26, 2018. SU: goo.gl/LFSRDb
5. Garbe C, Blum A. Epidemiology of cutaneous melanoma in Germany and worldwide. *Skin Pharmacology and Applied Skin Physiology* 2001;14(5): 280-90. DOI: [10.1159/000056358](https://doi.org/10.1159/000056358)
6. Sánchez-García I. The Crossroads of Oncogenesis and Metastasis. *NEJM* 2009;360(3):297-299. DOI: [10.1056/NEJMcibr0808031](https://doi.org/10.1056/NEJMcibr0808031)
7. Kantor J, Kantor DE. Routine dermatologist-performed full-body skin examination and early melanoma detection. *Arch Dermatol*. 2009;145:873-876. DOI: [10.1001/archdermatol.2009.137](https://doi.org/10.1001/archdermatol.2009.137).
8. Osborne JE. Skin cancer screening and surveillance. *British Journal of Dermatology* 2002;146: 745-754. PMID: 12000369
9. Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A, et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention, and diagnosis. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(3):364-80. DOI: [10.4065/82.3.364](https://doi.org/10.4065/82.3.364)
10. Chiang AC, Massagué J. Molecular Basis of Metastasis. *NEJM* 2008; 359(26):2814-2823. DOI: [10.1056/NEJMr0805239](https://doi.org/10.1056/NEJMr0805239)

Abreviaturas en la referencias

DOI: Digital Object Identifier

PMID: PubMed Identifier

SU: Short URL