

DESPISTAJE DEL CÁNCER DE LA PIEL IMPORTANCIA DEL EXAMEN DE LA PIEL COMO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO

Dr. José Angulo Márquez*

Dr. José Angulo Márquez. **Despistaje del Cáncer de la piel. Importancia del examen de la piel como instrumento de diagnóstico** Derm. Venez, 2000, 38: 96-99

RESUMEN

El Cáncer (Ca) de la Piel es la malignidad más diagnosticada en USA, con más de un millón de nuevos casos al año. En Venezuela hay subregistros. Cualquiera de los tres (3) tipos de Ca de Piel es rápidamente detectable y altamente curable cuando es diagnosticado en un estadio temprano. En general, los programas de despistaje de Ca son de máximo beneficio cuando el Ca en cuestión satisface varios criterios: alta prevalencia, morbilidad y mortalidad significantes y baja progresión. Además, la detección y el tratamiento precoces conllevan a mejorar los resultados. Finalmente, los procedimientos de despistaje deberían ser: simples, económicos y aceptables para el paciente. El examen visual de la piel para la detección del Ca de la Piel llena todos estos requerimientos.

Palabras clave: Cáncer de la piel, despistaje, examen visual.

**Screening of skin cancer.
Importance of skin examination as a diagnostic tool.**

ABSTRACT

Skin cancer is the most frequently diagnosed malignancy in USA, with more than 1 million new cases annually. In Venezuela it has been subregistered. All three types of skin cancer are readily detectable and highly curable when diagnosed at an early stage. Cancer screening programs are of maximum benefit when the cancer in question satisfies several criteria: high prevalence, significant morbidity and mortality, and slow progression. In addition, early detection and treatment should lead to improved outcomes. Finally, the screening procedures should be simple, inexpensive, and acceptable to patients.

Visual examination of the skin for the detection of skin cancer fulfills all these requirements.

Key words: Screening, skin cancer, visual examination.

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE LA PIEL

El Melanoma Maligno (MM) cutáneo primario se ha triplicado en las últimas cuatro décadas.

La tasa de mortalidad se ha mantenido estable en aproximadamente 2 por 100.000 en la población blanca americana. La incidencia ha aumentado en aproximadamente 4% cada año. Aproximadamente 25% ocurre en pacientes menores de 40 años. En pacientes afroamericanos la incidencia es aproximadamente 20 veces menor. MM suma una pérdida de vida potencial por muerte de 17.1 años, segun

dado sólo por la Leucemia del adulto como causa de mortalidad prematura por cáncer.¹

El Cáncer de Piel No Melanoma es el más común de los Cánceres (Ca) detectados en USA. La tasa estimada de mortalidad es de 0.44 por 100.000 por año. Aunque raramente fatal, su morbilidad es elevada.

Los estudios etiológicos indican que el factor de riesgo ambiental más importante es la exposición solar, de manera que el blanco en los esfuerzos de prevención primaria debería ser educación sobre los riesgos de exposición solar y uso de protección adecuada. Además de la prevención específica dirigida.

* Médico Internista-Dermatólogo. Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco

FACTORES DE RIESGO

-Rasgos genéticos:

Historia familiar:

El MM es bien conocido que tiene mayor incidencia en familias, encontrándose en un 5 a 10% de pacientes con MM, independientemente de otras características personales.

Características personales:

Las personas de ojos azules, pelo claro o rojo y piel blanca (pálida) son de alto riesgo para melanoma. El color del pelo es un factor de riesgo más fuerte que el color de los ojos, este rasgo a su vez también es más fácil de evaluar que el color de la piel; comparado con personas de pelo marrón o negro el riesgo es de 2 veces mayor en personas de pelo claro y hasta 4 veces mayor en las de pelo rojo.

La sensibilidad de la piel a la luz solar de acuerdo al fototipo de piel, encontrándose que aquellos que se queman fácilmente presentan mayor riesgo para MM.

Las pecas, las cuales son un patrón de pigmentación relacionado a pobre tolerancia al sol y riesgo aumentado para melanoma.

Índices antropométricos: Los resultados de un estudio prospectivo buscando relación entre talla, peso y área de superficie corporal revelaron un aumento significativo del riesgo para melanoma con el aumento del tamaño en ambos sexos. Las personas más altas presentaron un riesgo relativo mayor que las más pequeñas (Riesgo relativo de 1.60 en hombres y 1.59 en mujeres), sugiriendo estos resultados que factores que promueven el crecimiento como nutrición, clase social y hormonas son importantes.^{1,3,4}

Varios grupos con pacientes de alto riesgo:

-Xeroderma Pigmentoso: Herencia autosómica recesiva, en la cual existe un defecto en la reparación del ADN del daño ultravioleta B (UVB).⁵

-Síndrome de Carcinoma Basocelular Nevoide: de herencia autosómica dominante, con inicio precoz de múltiples Ca Basocelulares asociado a múltiples anomalías.⁶

-Síndrome de Nevus Displásico: Numerosos nevos con características atípicas (color irregular, bordes no bien definidos, inflamación), e historia familiar de melanoma, tienen cerca de 100% de riesgo de desarrollar melanoma en el transcurso de su vida.^{5,6,7}

Inmunosupresión: Transplantados renales, tienen 4 veces mayor riesgo de desarrollo de MM.² El riesgo de melanoma está aumentado en pacientes que han tenido cáncer tales

como Linfoma. También se ha reportado que pacientes con MM tienen riesgo aumentado de desarrollar otros cánceres, como Ca de Mama. La relación entre pacientes con infección con VIH y melanoma no está clara.⁸

Exposición Solar:

Factor de riesgo más importante para Ca de Piel. El Ca No melanoma ocurre en áreas crónicamente expuestas al sol (cara, cuello y miembros superiores).

Relacionando MM y Luz UV, se encuentra una mayor asociación con UVB que con otros tipos de UV, como UVA y Luz Visible. La capa de ozono es más efectiva en filtrar UVB que UVA, lo cual nos indica que una disminución en la capa de Ozono, tiene mayor impacto en la cantidad de UVB alcanzando la superficie de la tierra. Se ha estimado que por cada porcentaje en disminución de la capa de ozono, aumenta la incidencia de MM en 1%.² Riesgo para MM es mayor con exposición solar intensa, intermitente y con quemaduras solares. Las quemaduras en la infancia son más dañinas que las quemaduras ocurridas en la adultez.^{2,11}

Hay estudios no concluyentes en cuanto a riesgo aumentado en personas expuestas a lámparas de sol, camas de sol y lámparas UV para tratamiento de varias condiciones de piel tal como psoriasis y equipos ocupacionales como aparatos de soldadura.²

Luces Fluorescentes:

Un estudio evaluando la asociación entre Luz Fluorescente y MM reportó que en mujeres expuestas a luz fluorescente en el trabajo, el riesgo fue 2 veces mayor.¹⁰

EXAMEN DE LA PIEL

La inspección visual por un observador entrenado; es rápida, no dolorosa, no invasiva, económica y generalmente bien aceptada por el paciente educado para comprender la importancia del examen para el mantenimiento de un buen estado de salud.

Debe haber buena luz, diurna o fluorescente. El paciente debe estar completamente desnudo y aún cuando puede permitirse colocarse una bata para cubrirse o quedarse con ropa interior ya que los cánceres de piel son infrecuentemente detectados en áreas doblemente cubiertas.

De manera sistemática comenzar por la cabeza, incluyendo el cuero cabelludo, cuello, tronco y extremidades superiores (incluyendo palmas y uñas) con el paciente sentado, luego la parte frontal de las piernas y los pies. El paciente

se coloca de pie para la inspección de los glúteos y posterior de las piernas. Debe examinarse detrás de las orejas, axilas y debajo de las mamas.²

La validez del examen visual como despistaje fue documentado en un estudio de pacientes evaluados (en despistaje) durante los programas de la AAD (Academia Americana de Dermatología) en Massachusetts en 1986 y 1987.

El examen visual por un dermatólogo reportó una sensibilidad de 89 a 97% y un valor predictivo positivo de 35 a 75%, ambos parámetros fueron comparables a otras pruebas de despistaje en otros cánceres como la Mamografía para Ca de Mama y la sangre oculta en heces para Ca de Colon.

La eficacia potencial de estos despistajes se ha demostrado posteriormente con el análisis del estadio y grosor de melanomas diagnosticados en estos programas de despistaje. Un estudio de seguimiento conducido por Koh y cols incluyó 96% de 4458 personas con diagnóstico clínico de, MM de un total de 282555 de personas evaluadas durante los programas de despistaje de Ca de la AAD entre 1992 y 1994.¹² Se obtuvo un diagnóstico histológico final para 72% de estos individuos. Fueron confirmados 371 MM en 364 personas lo cual implica un resultado de 129 MM por 100.000 personas evaluadas. 92% de estos MM fueron tumores localizados de menos de 1.5 mm de grosor, asociados a un excelente pronóstico. Sólo 1.9% fueron invasivos, mayores de 4 mm de grosor. Más del 30% de MM confirmados estaban localizados en espalda u otras áreas posteriores, no fácilmente visibles al auto-examen del paciente.

Estos estudios no fueron dirigidos para despistaje de Ca no melanoma.

PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER DE PIEL

No Melanoma:

Se encuentran con mayor frecuencia en cabeza, cuello y dorso de las manos. Signos de daño solar crónico, revelan historia de exposición solar y sirven para identificar individuos de riesgo. Queratosis actínicas es otro factor de riesgo. Estas son placas pequeñas rosadas o bronceadas de superficie rugosa y descamativas. 60% de Ca Espinocelulares se forman sobre queratosis actínicas preexistentes.¹⁶

Los Carcinomas Basocelulares (Ca BC), comúnmente se presentan como pápulas o nódulos, translúcidos o "perlados", en ocasiones ulcerados, de bordes levantados, con telangiectasias finas, pueden ser únicos o múltiples, en ocasiones se presentan como placas blancas escleróticas que re-

cuerdan cicatrices (esclerodermiforme). Los Carcinomas de Células escamosas o espinocelulares (Ca EC), se presentan como placas rojas, descamativas, de márgenes no bien definidos y ocasionalmente ulcerados; las lesiones más avanzadas son nodulares, de bordes indurados y ulceración central; de difícil diferenciación diagnóstica con Ca BC.

Melanoma

El melanoma puede ser identificado más rápidamente aplicando la pnemotecnia ABCDE para lesiones pigmentadas (asimetría, bordes, color, diámetro y elevación).

El tipo más común es el melanoma de diseminación superficial (70%) presentándose comúnmente como una mácula asimétrica o una placa ligeramente elevada con variaciones del color de negro, marrón y algunas veces rosado, rojo, blanco o azul. La lesión se expande lentamente en su fase de crecimiento horizontal, con bordes muy irregulares.

El melanoma nodular representa entre 15% al 30% de los melanomas y se presenta como un nódulo uniformemente elevado marrón oscuro o negro, o ulcerado o una placa gruesa. Las lesiones polipoides pueden parecer rosadas con trazos marrones (amelanótico).

El melanoma lentigo maligno, más frecuente en ancianos representa entre 5% y 10% melanomas se presenta sobre una lesión premaligna (lentigo maligno), mácula pigmentada, de color y forma irregular sobre áreas fotoexpuestas, especialmente en cabeza y cuello.

El melanoma acral lentiginoso es más común en palmas, plantas y lechos ungueales, representa entre el 7% al 9% de los melanomas, más frecuentes en pacientes de piel oscura de presentación frecuente nodular debido a retardo en el diagnóstico, con marcada variación del color.^{1,2,17,18}

OTRAS OPCIONES PARA DESPISTAJE

Dado al entrenamiento específico en patología cutánea, el despistaje debe ser realizado por Dermatólogos, además varios estudios han demostrado mayor certeza en el diagnóstico de MM y Nevus Displásico cuando se han comparado exámenes realizados por dermatólogos y no dermatólogos.^{12,13}

No obstante el examen completo de la piel debería estar dentro de los exámenes integrales de salud de rutina practicados por médicos generales o internistas como adicional a otros, despistajes, cuello uterino, mamas, próstata^{14,15}

La American Cancer Society recomienda examen físico de la piel cada 3 años para personas de 20 a 40 años sin otros

factores de riesgo y anualmente para las mayores de 40 años; mientras que la AAD recomienda sólo visitas de despistaje regulares

EDUCACION DEL PACIENTE

El despistaje de Ca de Piel provee la oportunidad ideal para educar al paciente sobre prevención de Ca de Piel y auto detección precoz. Se les puede enseñar para evaluar de manera rápida y práctica la pnetotecnia ABCDE para melanoma y los signos de alarma para Ca de Piel no melanoma. También advertir para prácticas de "sol seguro", limitando la exposición entre 10 am y 4 pm, usar protectores solares con factor de protección mayor de 15 de manera regular, evitar bronceadores, usar sombreros, lentes de sol y camisas.¹

BIBLIOGRAFÍA

1. MugliaJJ Pesce K, McDonald Ch: Skin Cancer Screening. Surg Oncol Clin 8 (4): 735 -745, 1999.
2. Liu T, Soong S: Epidemiology of Malignant Melanoma. Surg Clin, 76 (6): 1205-1221, 1996.
3. Ford D, Bliss JM, Swerdlow AJ, et al: Risk of cutaneous melanoma associated with a family history of the disease. Int J Cancer, 62: 337342, 1995.
4. Thune 1, Olsen A, et al: Cutaneous malignant melanoma: Association with heigl.h, weigth and hody-surface area, aprospective study in Norway, IntJ Cancer, 55: 555-561, 1993.
5. Kraemer KH, Lee MM, Andrews AD, et al: The role of sunlight and DNA repair in melanoma and no melanoma skin cancer. Arch Dermatol, 130:1018-1021,1994.
6. Gorlin RJ: Nevoid basal cell carcinoma syndrome. Medicine 66:98113,1987.
7. Kruger S, Garbe C, Buttner P, et al: Epidemiologic evidence for the role of melanocytic nevi as risk markers and direct precursors of cutaneous malignant melanoma. J Am Acad Dermatol 26: 920-926, 1992.
8. Weinstock MA: Human models of melanoma. Clin Dermatol 10: 8399, 1992.
9. Westerdah J, Olsson H, Masback A, et at: Use of sunbeds, or sunlamps and malignant melanoma in Southern Sweden. Am J Epidemiol 140:691-694,1994.
10. Walter SI), Marrett L, Shannon HS, et al: The association of cutaneous malignant melanoma and fluorescent light exposure. Am J Epidemiol 135: 749-756, 1992.
11. Elwood JM: Melanoma and sun exposure: Contrasts between inter mittent and chronic exposure. World J Surg 16: 157-161, 1992.
12. Koh HK, Norton LA, Geller AC, et al: Evaluation of the American Academy of Dermatology's National Skin Cancer Early Detection and Screening Program. J Am Acad Dermatol 34: 971 -978, 1996.
13. Cassileth BR, Clark WH, Luck ET, et al: How well do physicians recognize melanoma and other lesions? J Am Acad Dermatol 14: 555-560,1986.
14. Whited JD, Hall RP, Simel DL, et al: Primary care clinicians performance for detecting actinic keratoses and skin cancer. Arch Intern Med 157: 985-990, 1997.
15. Geller AC, Koh HK, Miller DR, et al: Use of health services before the diagnosis of melanoma. J Gen Intern Med 7: 154-163, 1992.
16. Marks R, Rennie G, Selwood TS: Malignant transformation of solar keratoses to squamous cell carcinoma. Lancet 1: 795-798, 1988.
17. McGovern VJ, Mihm MC Jr, Bailly C, et al: The classification of malignant melanoma and its histologic reporting. Cancer 32: 1446-1457. 1973.
18. Mihm MC Jr, Clark WH Jr, Reed RJ: The clinical diagnosis of malignant melanoma. Semin Oncol 2: 105-118, 1975.