DERMATOPATOLOGÍA

¿Es el Melanoma una Neoplasia de presentación rara en nuestro medio?

Camino G., Bravo F., Morales A. Instituto Dermatológico Lima-Perú

La próxima realización de la primera campaña de despistaje de cáncer de piel en nuestro país nos motivó a investigar su frecuencia en nuestro medio. Encontrando que son muy pocas las publicaciones estadísticas al respecto, tanto dentro del campo de la dermatología como de la dermapatología.

Esto nos motiva a presentar este estudio estadístico realizado en el laboratorio de dermapatología del Instituto Dermatológico. Las biopsias estudiadas casi en su totalidad son referidas por la consulta externa de dermatólogos clínicos resultado de aproximadamente 9000 consultas realizadas entre enero y julio de 1994.

Se revisan 1379 informes patológicos emitidos durante los primeros 6 meses de 1994. Los resultados obtenidos se distribuyen en 4 grupos; neoplasias benignas, neoplasias malignas, lesiones pre-malignas y lesiones inflamatorias. Dentro de las neoplasias malignas se incluye al queratoacantoma. El queratoacantoma es descrito por primera vez por Sir John Hutchinson en 1888 bajo el nombre de "úlcera crateriforme de la cara"(1). Pero no es hasta la década de 1950 en que el término es aceptado para designar a un tumor que clínica e histológicamente semeja al carcinoma epidermoide pero se comporta como un tumor benigno. Actualmente hay quienes cuestionan la categorización de este tumor como benigno basándose en la gran destrucción local que puede presentar en algunos casos (Queratoacantoma Gigante), en la ausencia de resolución espontánea en otros (Queratoacantorna centrifugum marginatum, Querafoacantoma sub-ungueal) (2) así como el reporte de metastasis ganglionares donde se desarrollan lesiones de patrón crateriforme semejantes a la lesión primaria. (Ackerman y colaboradores).

Histopatológicamente los criterios principales para el diagnóstico diferencial entre el queratoacantoma y el carcinoma epidermoide son la arquitectura crateriforme y la buena circunscripción del primero.

Estos criterios exigen para su aplicación biopsias amplias que incluyan la extirpación completa de la lesión a estudiar. Dentro de nuestra serie un alto porcentaje (30%) de las biopsias referidas con diagnóstico clínico de queratoacantoma no cumplían este requisito no pudiéndose descartar en el reporte histopatológico final la presencia de un carcinoma epidermoide.

Dentro de las lesiones pre-malignas se consideran: queratosis actínicas, enfermedad de Bowen y fibroepitelioma de Pinkus.

En el grupo de las lesiones inflamatorias no presentamos la frecuencia de cada diagnóstico por no ser motivo de este estudio.

De los 1379 informes revisados el mayor porcentaje corresponde a neoplasias benignas (tabla y gráfico 1) seguido por neoplasias malignas y lesiones inflamatorias. Igual secuencia muestra el trabajo realizado en el Hospital Naval (3) (revisión de 2733 biopsias de tumores de piel realizados en 10 años), en la serie del Hospital 2 de mayo (4) (revisión de 2163 biopsias de piel realizadas en 5 años) el mayor porcentaje corresponde a lesiones inflamatorias seguido de neoplasias benignas y en tercer lugar neoplasias malignas.

Tabla Nº1		
	# de Biopsias	**Porcentaje**
Neoplasias Benignas	816	59.2%
Neoplasias Malignas	238	17.3%
Lesiones Inflamatorias	206	14.9%
Neoplasias Premalignas	119	8.6%
Total	1379	100.0%

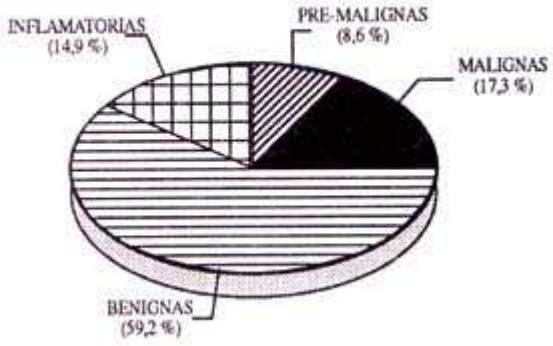

GRÁFICO Nº 1

El epitelioma basocelular resultó por amplio margen la neoplasia maligna más frecuente (tabla y gráfico 2), primer lugar que se repite en los estudios antes mencionados.

Tabla Nº 2 Neoplasias Malignas			
	# de Biopsias	**% General***	**% Malignas©**
Epitelioma Basocelular	190	13.8%	80.0%
Melanoma	18	1.3%	8.0%
Ca Epidermoide	13	0.9%	5.0%
Queratoacantoma	13	0.9%	5.0%
Linfoma	1	0.1%	0.5%
Dermatofibro Sarcoma Protuberans	1	0.1%	0.5%
Fibroxantoma Atípico	1	0.1%	0.5%
Carcinoma Sebaceo	1	0.1%	0.5%
Total	238	17.3%	100.0%

Porcentaje del total de biopsias estudiadas
© Porcentaje con respecto a las neoplasias malignas

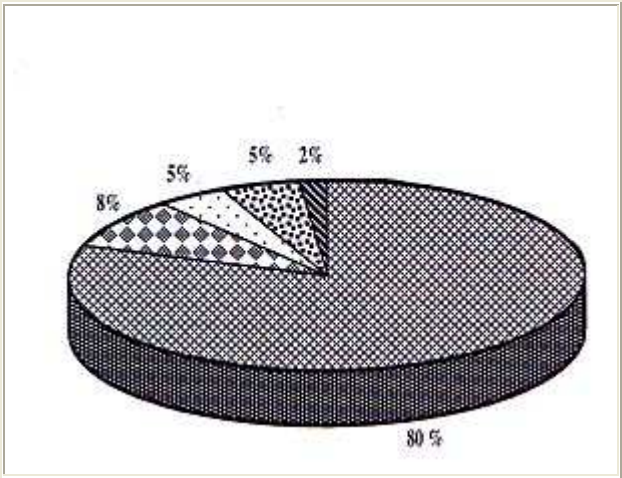

GRÁFICO Nº 2: NEOPLASIAS MALIGNAS

Es interesante mencionar que el 6% de los 180 epiteliomas basocelulares fueron reportados como fibrosantes o morfeiformes. El epitelioma basocelular fibrosante, histopatológicamente muestra un estroma fibroso denso donde las células neoplásicas se agrupan en bandas, formando una tumoración no bien circunscrita (5). Clínicamente estos hallazgos se traducen en una lesión que usualmente se extienden más allá de sus bordes aparentes. Para el clínico conocer esta precisión diagnóstica es importante pues puede variar su conducta terapéutica.

En nuestra serie el melanoma ocupa el segundo lugar entre las neoplasias malignas (7.5%). Porcentajes simlares presentan las series del Hospital Naval (6.5%) y Dos de Mayo (6%); sin embargo, en ambas series ocupa el tercer lugar detrás del carcinoma epidermoide.

El 72% de nuestros reportes de melanoma indicaron un grosor menor a 1.5 mm. en la escala de Breslow contra só1o 40% de los reportados en la serie del Hospital Naval (la serie del Hospital Dos de Mayo no incluye datos al respecto). Esta variación podría explicarse en base a la inclusión del concepto de melanoma in situ (4 casos) en nuestra serie, concepto que no es compartido por muchos patólogos. También podría tener influencia el personal médico que refiere las biopsias, por ejemplo en la serie del Hospital Naval las biopsias provienen de sus distintos servicios. Probablemente el contar como fuente de referencia a dermatólogos que tengan en mente la búsqueda del diagnóstico temprano del melanoma aumente el porcentaje de lesiones delgadas.

Tabla Nº 3
Melanoma

	# de Biopsias	**Porcentaje**
Melanoma in Situ	4	22%
Melanoma<de 1.5mm	9	50%
Melanoma>de 1.5mm	5	28%
Total	18	100%

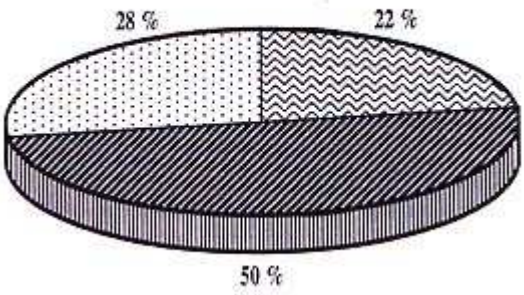

GRÁFICO Nº 3: MELANOMAS

Nuestro porcentaje de carcinoma epidermoide (5.4%) es bajo comparado con el del Hospital Naval (14.63%) y Dos de Mayo (18%). Sin embargo el de epitelioma basocelular (80%) es superior al de ambas series (65% y 62% respectivamente). En series internacionales se describe que 3 a 12% del total de epiteliomas basocelulares son de la variedad basoescamosa. Este epitelioma, también llamado metatípico, presenta características histológicas tanto de basocelular como de carcinoma epidermoide (6); la falta de unidad de criterios para su tipificación podría explicar esta diferencia porcentual.

De las lesiones pre-malignas la más frecuente resultó la queratosis actínica. (tabla 4). La categoría de nevus malanocíticos, en la cual no se tabuló sus distintos tipos (salvo el nevus de Spitz) fue la más frecuente de las neoplasias benignas. (tabla 5)

Tabla Nº 4
Lesiones Premalignas

	# de Biopsias	Porcentaje
Queratosia Actínica	106	7.7%
Enfermedad de Bowen	12	0.8%
Fibroepitelioma de Pinkus	1	0.1%
Total	119	8.6%

Tabla Nº 5
Neoplasias Benignas

	# de Biopsias	Porcentaje
Nevus Melanocíticos	306	22.2%
Queratosis Seborreica	268	19.4%
Quiste Epidérmico de Inclusión	75	5.4%
Papiloma	43	3.1%
Hemangioma	27	2.0%
Angiofibroma	21	1.5%
Neurofibroma	15	1.1%
Tumores con diferenciación Apocrina	10	0.7%
Nevus de Spitz	9	0.7%
Otros	42	3.1%
Total	812	59.2%

Conclusiones

En nuestra serie se confirma al epitelioma baso celular como la neoplasia maligna de piel más frecuente. Se requiere de biopsias amplias, en la medida de lo posible abarcando la totalidad de la lesión, para el diagnóstico adecuado del queratoacantoma.

En contra del sentir general el melanoma no es una neoplasia de presentación especialmente rara en nuestro medio.

La participación de dermatólogos intensamente motivados en el diagnóstico temprano del melanoma, es probable que aumente el porcentaje de diagnósticos de melanoma de bajo grosor en las distintas series de estudio.

Es necesaria la promoción de trabajos multicéntricos para el estudio de las neoplasias malignas en los distintos grupos poblacionales de nuestro país.

Bibliografía

(1) Hutchinson J.A. Smaller Atlas of Illustrations of Clinical Surgery. A peculiar form of cancer of the skin Vol.2 Philadelphia Blakiston 1888 p. 921.

(2) Chalet MD, Ackerman AB. Squamous cell carcinoma vs. keratoacantoma J dermatophatology 1 (1):16-17. 1975.

(3) Tesis de bachillerato. Tumores de piel. Centro Médico Naval 1984-1985 Luis Ricse Catano UPCH.

(4) Comunicación personal Dr. Carlos Galarza, próxima publicación estudio retrospectivo sobre 5 años de dermatopatología en el Hospital Dos de Mayo.

(5) Walter F. Lever Histopathology of the Skin J.B. Lippincot Co. Phil. 1990 7th edition.

(6) Montgomery H. Dermatipathology pp. 923-934 N.Y. Harper A Row 1967.