

Melanoma cutáneo en la Región de Murcia

Introducción

El melanoma es un tumor maligno que se forma en los melanocitos. Se puede presentar en cualquier lugar de la piel, aunque también podrían originarse en las superficies mucosas o en otros lugares en los cuales las células de la cresta neural han migrado. Es más común en los adultos, pero a veces se presenta en niños y adolescentes.

Según estimaciones de la IARC (*International Agency for Research on Cancer*), en 2012, 232.130 personas fueron diagnosticadas de melanoma cutáneo en el mundo, con 5.004 casos en España que corresponde a una tasa anual ajustada por edad de 7,2 por cien mil habitantes.¹ El melanoma cutáneo, aunque es un tumor poco frecuente, es el octavo tumor en orden de frecuencia en mujeres y el duodécimo en hombres en la Región de Murcia.

Entre las muertes por cáncer de piel en el mundo, el melanoma representa el 75% de las mismas. La incidencia muestra importantes diferencias a nivel mundial, principalmente entre países según su renta per cápita, con incidencias más elevadas en países con rentas más altas. El 80% de casos ocurren en América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Europa. En España, solo en las mujeres aparece entre los diez cánceres más frecuentes.¹

La incidencia de melanoma ha sido más elevada en mujeres en Europa, mientras que en Estados Unidos y Australia las tasas han sido más elevadas en hombres. En España, según las estimaciones más recientes la incidencia en hombres habría superado a la de las mujeres, 6,1 comparado con 5,7 por cien mil.²

La supervivencia del melanoma es elevada. Según el estudio EUROCARE-5, que ha analizado los datos de población de 29 países europeos, la supervivencia relativa de los pacientes con melanoma a los cinco años del diagnóstico es del 83,2%, con poca variabilidad entre países, excepto en países de Europa del Este con supervivencia por debajo del 70%.³

SUMARIO

ARTÍCULO

Melanoma cutáneo en la Región de Murcia.

NOTICIAS BREVES

- Enfermedad cardiovascular, industria azucarera y conflicto de interés.
- Impuesto a las bebidas azucaradas en España.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 33 a 36 de 2016.



La IARC consideró, en 1992, que había evidencia suficiente para concluir que la radiación solar es causa del melanoma de la piel, siendo el principal factor de riesgo y estimando que más del 90% de los casos son atribuibles a esta causa.

El objetivo principal del presente trabajo es describir las características del melanoma cutáneo en la Región de Murcia, periodo 1983-2009, analizando los tipos histológicos, la sub-localización en la piel, así como la incidencia, tendencia y supervivencia. Como objetivo secundario se realiza la comparación con Europa para situarlo en un contexto global.

Material y método

La fuente de información utilizada es el Registro de Cáncer de Murcia (RCM)⁴. El RCM es un registro de base poblacional que identifica, codifica y analiza todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados en las personas residentes en la Región de Murcia desde 1982. Sus indicadores de exhaustividad y validez cumplen con los estándares de calidad de la IARC que incluye los resultados del RCM en la publicación periódica Cancer Incidence in Five Continents.⁵

Los casos se codifican morfológica y topográficamente mediante la CIEO-3 (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición) y posteriormente, previo a su análisis, se convierten a CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición) mediante el programa IARC-Tools de la IARC, programa también utilizado para la realización de controles de calidad de los datos.

Se ha obtenido el número de casos por sexo, y se han calculado las tasas brutas y ajustadas a la población mundial y europea estándar para realizar la comparación con tasas de otros registros. Se agruparon los indicadores en siete periodos (uno de cinco años, cuatro de cuatro años y dos de tres años). El estudio de los grupos histológicos y de la sub-localización en la piel se ha analizado por sexo.

Para obtener la tendencia en la incidencia del melanoma, se ha calculado el cambio porcentual anual y su intervalo de confianza (IC) ajustando un modelo de Poisson por grupos de edad y periodo.

En el análisis de supervivencia, además de la supervivencia observada, se ha calculado la supervivencia relativa, que expresa (en porcentaje) la razón entre la supervivencia observada y la esperada en las personas de la población general que residen en su área y que tienen su misma edad y sexo. Se ha calculado la supervivencia observada y relativa a los cinco años del diagnóstico de melanoma cutáneo.

Resultados

En la Región de Murcia se diagnosticaron 2.253 nuevos casos de melanoma cutáneo (CIEO-3: topografía C44; morfología 8720-8790) entre 1983 y 2009, de los cuales el 54% ocurrieron en mujeres (1.267 casos), y menos del 0,5% en menores de 15 años. Los melanomas de la piel representaron el 95% de todos los melanomas registrados, el 3% fueron oculares y el resto de mucosas.

Incidencia y tendencia

En el periodo 2007–2009 se detectan 462 casos con una tasa de incidencia bruta de 11,7/100.000 en mujeres y 9,8/100.000 en hombres (tabla 1 y gráfico 1). Comparando las tasas ajustadas por edad (población europea estándar), el riesgo de padecer un melanoma en los últimos años es un 15% mayor en las mujeres que en los hombres, atenuándose las diferencias observadas anteriormente (gráfico 1).

La incidencia de melanoma cutáneo se ha multiplicado por tres durante las tres décadas transcurridas desde 1983, siendo uno de los tumores malignos que ha experimentado una tendencia ascendente más marcada en la Región de Murcia, tanto en mujeres como en hombres. Las tasas ajustadas por edad han pasado de 3,1 a 10,9 y de 2,7 a 9,5 entre 1983-87 y 2007-2009 por cien mil mujeres y hombres, respectivamente. En las mujeres el cambio de tendencia se produce en 1998, con un crecimiento anual hasta este año del 7,9% y cierta estabilización de la incidencia desde entonces. En los hombres el comportamiento es similar, con un crecimiento anual incluso mayor que se interrumpe un año antes (gráfico 1).

Tabla 1. Melanoma cutáneo. Número de casos, tasas brutas y ajustadas (población europea estándar) por 100.000 habitantes, por periodo y sexo. Región de Murcia 1983-2009.

Periodo	Nº Casos	Hombres	Mujeres	Tasa Bruta Hombres	Tasa Bruta Mujeres	Tasa ajustada Hombres	Tasa ajustada Mujeres
1983-1987	133	56	77	2,3	3	2,7	3,1
1988-1991	188	76	112	3,7	5,3	4,2	5,5
1992-1995	243	93	150	4,4	6,9	4,7	6,7
1996-1999	386	165	221	7,5	9,8	7,9	9,2
2000-2003	454	195	259	7,9	10,6	8,0	9,7
2004-2006	387	188	199	9,2	10,0	9,4	9,2
2007-2009	462	213	249	9,8	11,7	9,5	10,9

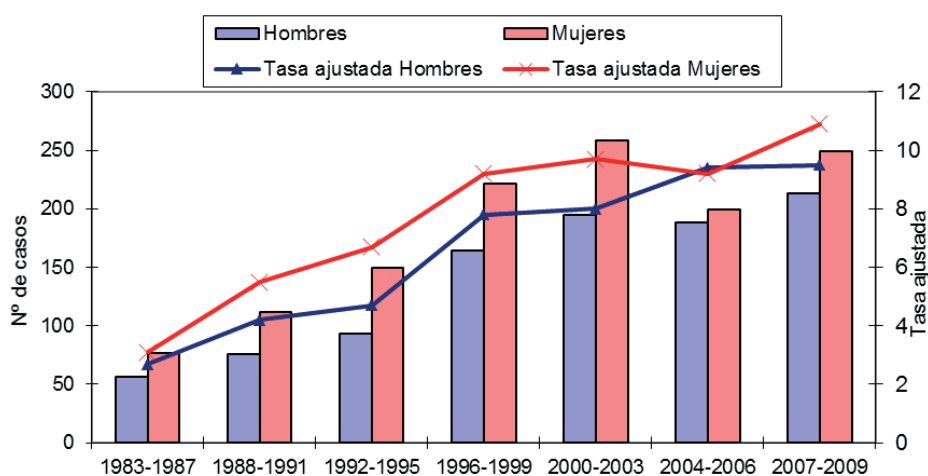
Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Tasas en la Región de Murcia y Europa

Las variaciones geográficas son importantes en el entorno europeo⁵, con incidencia elevada en los países del norte y baja en los países mediterráneos. La incidencia en la Región de Murcia es media-

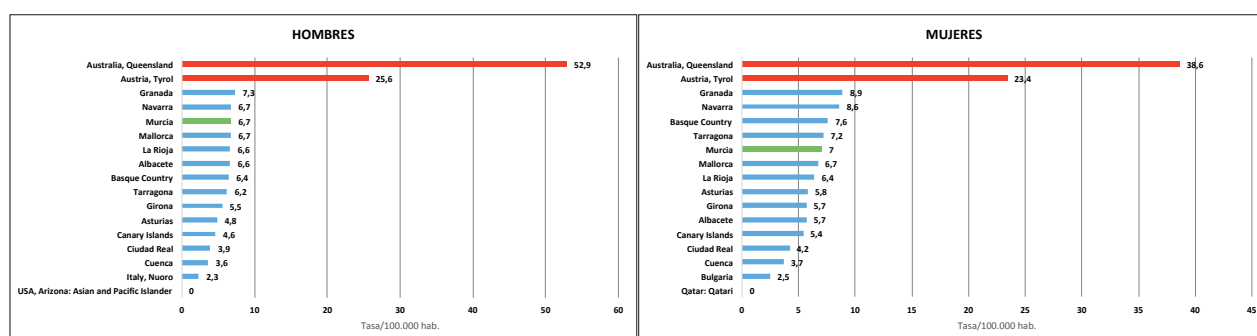
baja si se realiza la comparación con diferentes regiones de Europa, encontrando la mayor tasa de incidencia para en Austria con 24/100.000, y la más baja en Cuenca con un 4/100.000 en el periodo 2003-2007, contabilizando la Región de Murcia una tasa de 7,0/100.000 para el mencionado periodo (gráfico 2).

Gráfico 1. Melanoma cutáneo. Número de casos y tasas ajustadas (población europea estándar) por periodo y sexo. Región de Murcia 1983-2009.



Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Gráfico 2. Melanoma cutáneo. Incidencia ajustada por edad (población mundial) por 100.000 habitantes. Registros españoles y máximo y mínimo europeo y mundial. 2003-2007.

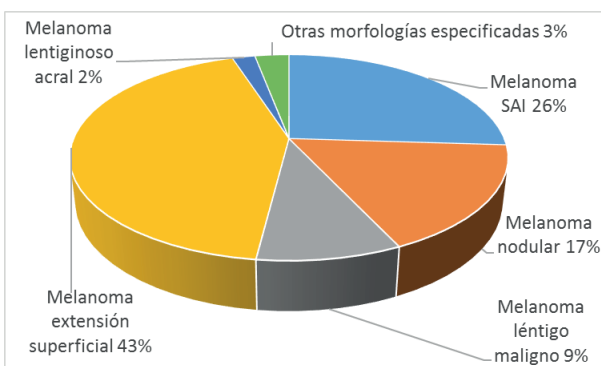


Fuente: Cancer Incidence in Five Continents <http://www-dep.iarc.fr>⁵

Tipos Histológicos

En la Región de Murcia, periodo 1983-2009, se observa que el 43% de los melanomas diagnosticados son melanoma de extensión superficial, el 26% melanomas en los que el informe anatómo-patológico no especifica ningún subgrupo morfológico (Melanoma SAI), el 17% es melanoma nodular, el 9% lentigo maligno melanoma y el 2% melanoma lentiginoso acral. Otros tipos histológicos especificados representan el 3% (gráfico 3).

Gráfico 3. Melanoma cutáneo. Distribución por tipo histológico. Región de Murcia 1983-2009.



SAI: sin otra especificación.

Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Durante el periodo 1983-2009 la tasa bruta del melanoma de extensión superficial en hombres es de 2,5/100.000 y en mujeres de 3,6/100.000, la de melanoma nodular 1,2/100.000 y 1,3/100.000 en hombres y mujeres respectivamente (tabla 2).

Sub-localización en piel

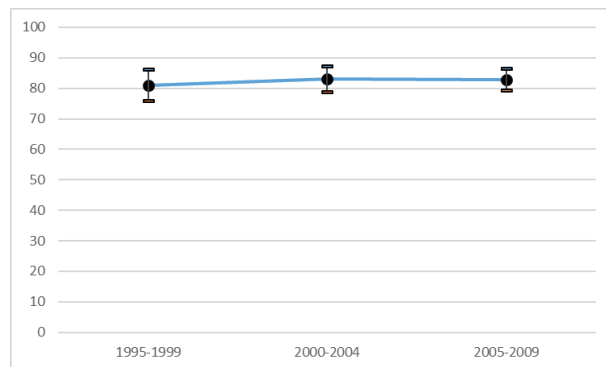
Durante el periodo 1983-2009, la topografía más frecuente del melanoma cutáneo fue en piel del

tronco con 566 casos (25%), seguido de la piel de miembro inferior y cadera con 513 casos (23%), la cara (13%) y el miembro superior (12%). En el 19% de los casos no se ha especificado la sub-localización de la piel. La localización más frecuente en la mujer es piel de miembro inferior y cadera con un 30%, en el hombre es la piel del tronco con un 32%.

Supervivencia

En la Región de Murcia, la supervivencia observada a los 5 años del diagnóstico de los pacientes con melanoma diagnosticados en el periodo 2004-2009 fue de 75,6%, con valores de 79,5% (IC 75,1-83,3) en mujeres y de 71,1 (IC 65,9-75,6) en varones. La supervivencia relativa fue de 83,9% (IC 80,6-87,3), siendo en mujeres de un 84,7% (IC 80,3-89,1) y en hombres de un 81,7 % (IC 76,5-86,9). En la gráfica 5 se muestra la supervivencia en los tres últimos quinquenios analizados. La mayor supervivencia en las mujeres se ha observado tanto en Europa como en España y en todos los grupos de edad. La supervivencia en Murcia es semejante a la media

Gráfica 5. Melanoma cutáneo. Supervivencia relativa y los intervalo de confianza 95% por periodos. Región de Murcia 1995-2009.



Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Tabla 2. Melanoma cutáneo. Número de casos, tasa bruta por sexo y grupo histológico. Región de Murcia 1983-2009.

Grupo Histológico	Nº total de casos	Hombres	Tasa Bruta ♂	Mujeres	Tasa Bruta ♀
Melanoma Extensión Superficial	956	394	2,5	316	3,6
Melanoma SAI	585	267	1,7	318	2,0
Melanoma Nodular	389	183	1,2	206	1,3
Lentigo maligno melanoma	209	88	0,6	121	0,8
Otros	114	54	0,3	60	0,4

SAI: sin otra especificación.

Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Europea (83,2; IC 82,9-83,6) y la de los registros españoles (84,6; IC 82,9-86,1).

El análisis de la supervivencia según la profundidad del tumor muestra una diferencia notable entre los tumores con un Breslow grado I, de ≤ 1 mm de infiltración, con supervivencia del 95,4% a los cinco años frente a los de > 1 mm que presentan una supervivencia del 71%.

Melanoma *in situ*

En la Región de Murcia en el periodo comprendido entre 1983-2009 se diagnosticaron 333 casos de melanomas *in situ*. De éstos, el 61% son lentigo maligno, y el resto melanoma *in situ* sin más especificación sobre la morfología. El lentigo maligno se localiza principalmente en la cara (62%) y el melanoma *in situ* principalmente en el tronco y extremidades. En un 20% de los casos no se pudo codificar la sublocalización en la piel.

Discusión

El melanoma cutáneo ha mostrado una incidencia con tendencia ascendente en la Región de Murcia hasta finales de los años noventa, con una estabilización a partir de entonces. Aunque es el tumor de piel menos frecuente, es la causa de tres de cada cuatro muertes por cáncer de piel. El melanoma se presenta predominantemente en adultos y es ligeramente más frecuente en mujeres. La mayoría de los casos son melanomas de extensión superficial, que se localizan preferentemente en la piel del tronco y las extremidades inferiores. El melanoma *in situ*, representado en su mayoría por el lentigo maligno, es más frecuente en la cara.

La incidencia en Murcia se encuentra entre las más elevadas de las registradas en España en los hombres y en una posición intermedia en las mujeres, aunque muy alejada de las tasas más altas europeas o mundiales.

Las medidas preventivas, la detección y tratamiento precoz del melanoma han supuesto una supervivencia de las más elevadas entre los tumores malignos. En la Región de Murcia, la supervivencia relativa a los 5 años es del 84%, siendo más elevada en mujeres. Entre los factores

que se ha postulado en esta supervivencia diferencial se incluyen las diferencias en la localización anatómica, el grado de grosor de la piel, las características del drenaje linfático de la región afectada, y posibles factores hormonales y de comportamiento asociados a la condición de género.

La monitorización de los principales indicadores epidemiológicos de los pacientes con melanoma cutáneo permite evaluar la efectividad de las medidas preventivas y el pronóstico de la enfermedad, información relevante para las actuaciones futuras tanto en el ámbito asistencial, como en planificación y gestión de la salud.

Autores

Chirlaque MD, Salmerón D, Tortosa J, Valera I, Expósito MM, Navarro C. Servicio de Epidemiología. D.G. Salud Pública y Adiciones. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

Bibliografía

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86
2. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, et al. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2014. <http://redecn.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la-incidencia-y-la-supervivencia-del-cancer-en-espana-y-su-situacion-en-europa>
3. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. EURO CARE-5 Working Group. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol*. 2014;15(1):23-34
4. Navarro C, Martos C, Ardanaz E, et al. Population-based cancer registries in Spain and their role in cancer control. *Ann Oncol* 2010;21 Suppl 3:iii3-13.
5. Forman D, Bray F, Brewster DH, et al. editors (2013) *Cancer Incidence in Five Continents*, Vol. X (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://ci5.iarc.fr>, accessed [10/11/2016].

Situación regional. Semanas 33 a 36 (del 15/08/2016 al 11/09/2016).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 33			SEMANA 34			SEMANA 35			SEMANA 36			SEMANA 33 a 36		
	2016	2015	MEDIANA	2016	2015	MEDIANA	2016	2015	MEDIANA	2016	2015	MEDIANA	2016	2015	MEDIANA
Toxinfecciones alimentarias	0	11	3	2	2	2	5	14	1	2	0	2	9	27	27
Gripe	5	5	5	5	6	14	6	3	5	4	3	10	20	17	34
Legionelosis	1	3	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	5	3
Otras meningitis	0	1	1	3	2	2	3	2	1	1	3	2	7	8	4
Parotiditis	0	2	2	0	0	1	0	1	1	1	2	2	1	5	5
Varicela	24	47	17	19	37	24	22	23	18	18	25	15	83	132	78
Infección gonocócica	1	2	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	5	3	3
Hepatitis A	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	1	4	2	2
Hepatitis B	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	3	1
Tuberculosis	0	1	1	4	1	1	4	3	2	1	2	2	9	7	8
Hepatitis C	0	2	2	0	1	1	1	1	0	0	2	2	1	6	6
Poliomelitis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

Distribución por áreas de salud. Semanas 33 a 36 (del 15/08/2016 al 11/09/2016).

ENFERMEDAD	MURCIA OESTE		CARTAGENA		LORCA		NOROESTE		ALTIPLANO		VEGA MEDIA DEL SEGURA		MURCIA ESTE		MAR MENOR		VEGA ALTA DEL SEGURA		TOTAL	
	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.
Población (Padrón 2015)	257856		287352		172656		73042		59606		260404		197703		103572		54627		1466818	
Toxinfecciones alimentarias	2	28	0	65	1	16	1	1	0	1	4	30	1	16	0	0	0	3	9	160
Gripe	4	6105	5	3748	2	1868	1	739	3	1017	0	5042	2	4891	0	1511	3	1008	20	25929
Legionelosis	1	3	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	9
Otras meningitis	1	4	0	7	2	11	1	2	0	0	0	5	1	8	1	6	1	1	7	44
Parotiditis	1	10	0	4	0	0	0	1	0	1	0	4	0	3	0	2	0	0	1	25
Varicela	17	2372	16	1453	9	494	2	187	4	739	7	2041	14	1302	10	1056	4	340	83	9984
Infección gonocócica	0	2	3	5	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4	0	1	0	0	5	16
Hepatitis A	1	4	0	2	1	6	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	4	15
Hepatitis B	0	2	0	2	0	3	0	1	0	0	0	2	1	5	0	1	0	0	1	16
Tuberculosis	3	18	0	11	1	8	0	2	0	6	2	10	0	12	2	7	0	1	8	75
Hepatitis C	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Poliomelitis	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, INDUSTRIA AZUCARERA Y CONFLICTO DE INTERÉS

JAMA
The Journal of the American Medical Association

Un artículo recientemente publicado en JAMA[1] nos da una nueva prueba sobre el sesgo de información por conflicto de intereses. En particular, el artículo relata como a principios de 1960, ante la aparición de las primeras investigaciones que indicaban que un consumo elevado de azúcares



PLOS

ONE

simples se asociaba al desarrollo de un perfil lipídico aterogénico y, en estudios agregados, a mayor mortalidad cardiovascular, la industria azucarera de los EEUU junto a destacados científicos

de la Harvard School of Public Health conspiraron para exagerar la importancia de la dieta rica en grasa y desprestigiar el papel de los hidratos de carbono simples como factores de riesgo para la enfermedad coronaria.

No es éste un hecho que, a estas alturas, nos deba sorprender. En el año 2013 se publicó una revisión de revisiones sistemáticas que puso de manifiesto que el resultado de los metaanálisis patrocinados era 5 veces más probable que concluyera con la ausencia de asociación entre las bebidas azucaradas y la obesidad que aquellos sin tal conflicto de interés[2].

Referencias

1. Kearns CE, Schmidt LA, Glantz SA. Sugar Industry and Coronary Heart Disease Research: A Historical Analysis of Internal Industry Documents. *JAMA Intern Med.* 2016 Nov;176(11):1680–5. .
2. Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M, et al. Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews. *PLoS Med.* 2013;10(12):e1001578; discussion e1001578.

IMPUESTO A LA BEBIDAS AZUCARADAS EN ESPAÑA

**Revista
Española de
Salud
Pública**

La Revista Española de Salud Pública ha publicado un artículo sobre el efecto que se podría esperar en España de un impuesto sobre las bebidas azucaradas[1].

El trabajo expone la importancia de las enfermedades crónicas y de la obesidad, haciendo notar el importante gradiente social que se observa para España para la obesidad (5,3% de mujeres universitarias, frente al 30% en aquellas que no completaron los estudios primarios).

Los efectos descritos en donde se ha implantado esta tasa indican que el porcentaje de cambio en el consumo frente al porcentaje de cambio en el precio (elasticidad precio – demanda) es del -1,3% y aún más acusado para las clases sociales bajas. Por tanto, a diferencia del tabaco, donde entre los adultos adictos el consumo se mantiene a costa de otros bienes, no es de esperar que este efecto ocurra con esta tasa, ya que el consumo se desplaza a bebidas no azucaradas. Por otro lado, aunque el efecto esperable de la medida en sí sobre la obesidad pueda ser bajo, su efecto puede verse incrementado si los ingresos generados se dedican a políticas multisectoriales que atajen los distintos factores asociados con su génesis, además del efecto sobre el gradiente social.

Entre medias, advierten al lector de las dificultades que esta medida tendrá en su implementación, dificultades que derivan del «lobbying» sobre la ciencia, la política y la sociedad en general.

Referencias

1. Ortún V, G López-Valcárcel B, Pinilla J. Tax on sugar sweetened beverages in Spain. *Rev Esp Salud Publica* 2016;90:e1--e13.

Edita:

Servicio de Epidemiología.
D.G. de Salud Pública y Adicciones.
Consejería de Sanidad.
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.
Tel.: 968 36 20 39
Fax: 968 36 66 56
bolepi@carm.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:

M^a Dolores Chirlaque, Lluís Cirera, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, Jesús Humberto Gómez, José Jesús Guillén, Olga Monteagudo, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, Juan Antonio Sánchez, Carmen Santiuste.

Coordinador de Edición:

Jesús Humberto Gómez.

Coordinadora Administrativo:

Esperanza Ríos Molina

Suscripción: Envío Gratuito.

Solicitudes: bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia

D.L. MU-395-1987