

Melanoma maligno cutáneo en una mujer indígena del municipio de Alto Baudó, Chocó, Colombia

Mervin José Moya Peñafiel*

* MD. Rural (SSO). E.S.E. Hospital Cesar Uribe Piedrahita. Caucasia. Antioquia. Colombia.
Correspondencia: Dr. Mervin José Moya. Dirección: transversal 29 # 1°145 Barrio brisas del río. Fundación. Magdalena. Colombia. Correo electrónico: mervin102988@outlook.com

RESUMEN

El melanoma maligno cutáneo es una enfermedad mortal, que durante los últimos años se ha propagado a nivel mundial, es una entidad que afecta la piel y los órganos que se originan de la cresta neural durante el desarrollo embrionario. La historia del melanoma, se resume en el crecimiento e invasión local de la piel, y en el desarrollo de la misma, influyen factores tanto ambientales como genéticos. Esta patología es infrecuente en tipos de raza, como los afrodescendientes e indígenas, por tanto, debido a este particular suceso, el objetivo del presente artículo, es demostrar a través de un estudio analítico observacional, el caso clínico de una mujer indígena, natural de Alto Baudó, Chocó Colombia, a quien durante el tiempo de tratamiento, se le diagnostica melanoma maligno cutáneo. En la actualidad esta patología tiene muchas opciones de tratamiento estándar, pero aun así, los familiares del paciente objeto de estudio, rechazan todo procedimiento quirúrgico para contrarrestar la enfermedad, pues para ellos, es más importante las creencias de sus resguardos indígenas, desconociendo de antemano, que un dictamen prematuro con tratamientos apropiados, resultan fundamentales para neutralizar a tiempo la enfermedad; lamentablemente en estas culturas indígenas, prima más sus creencias, que el derecho del paciente a tener una vida digna. (MED. UIS. 2014;27(1):59-68)

Palabras clave: Melanoma. Tiempo de tratamiento. Procedimiento quirúrgico.

Cutaneous malignant melanoma in an indigenous woman from the town of Alto Baudó, Choco, Colombia

ABSTRACT

Cutaneous malignant melanoma is a deadly disease, which in recent years has spread worldwide, is an entity that affects the skin and organs that originate from the neural crest during embryonic development. The history of melanoma is summarized in the growth and local invasion of the skin, and the development of it, influence of both environmental and genetic factors. This condition is uncommon in breed types, such as African and indigenous descent, therefore because of this particular event, the aim of this paper is to demonstrate through an observational analytic study, a case of an indigenous, natural woman Alto Baudó, Choco Colombia, who during the time of treatment, is diagnosed with cutaneous malignant melanoma. Currently this disease has many standard treatment options, but still, the patient's family under study, reject any surgical procedure to counteract the disease, because for them it is more important beliefs of the indigenous reserves, knowing in advance, a premature opinion with appropriate treatment, are essential to neutralize the disease in time, unfortunately in these indigenous cultures, their beliefs more raw, the patient's right to a dignified life. (MED. UIS. 2014;27(1):59-68)

Keywords: Melanoma. Time of treatment. Surgical procedure.

¿Cómo citar este artículo?: Moya MJ. Melanoma maligno cutáneo en una mujer indígena del municipio de Alto Baudó, Chocó, Colombia. MÉD.UIS. 2014;27(1):59-68).

INTRODUCCIÓN

El Melanoma Maligno Cutáneo (MMC) es una enfermedad neoplásica derivada de los melanocitos

epidérmicos, que son células que durante el desarrollo embrionario migraron desde la cresta neural hasta diversos tejidos de origen ectodérmico, donde producen la melanina. Por este motivo,

aunque tales tumores suelen desarrollarse en la piel, en raras ocasiones puede hacerlo en otras localizaciones como los epitelios de las mucosas, la retina o las leptomeninges^{1,2}.

Su incidencia ha venido en aumento en todos los países en promedio (5%) anual, a nivel mundial la incidencia de esta enfermedad es más alta en Australia, Nueva Zelanda, Norte América y el norte de Europa, países en donde es considerado un problema de salud pública, mientras que en poblaciones asiáticas como Japón, China, India y Singapur, se dan las cifras más bajas³.

A pesar de que el MMC es la causa más común de muerte por cáncer de la piel, sólo representa el 4% de los cánceres cutáneos⁴; el melanoma maligno cutáneo es el cáncer de piel más agresivo y mortal e indican que la búsqueda y desarrollo de nuevas metodologías es necesaria para mejorar el diagnóstico temprano, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, la cual es considerada como una enfermedad benigna, poco más que una simple molestia y de ahí su crecimiento a nivel mundial.

Este crecimiento de la patología cancerígena, específicamente el cáncer de piel tratado en el presente artículo, en países como Estados Unidos, representa el quinto cáncer más común y crece cada año, más de 68 000 americanos son diagnosticados con melanoma⁵. Entre 2002 al 2006, los blancos no hispanos representaron por encima del 93% de los nuevos casos de melanoma y más de 95% de las muertes en todo el país⁶. Aunque no hay suficientes estudios de melanoma en Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología en el año 2000, registró 22 muertes por melanoma cutáneo correspondiente al 2% de esa entidad. En un estudio epidemiológico del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta de Bogotá, Colombia, realizado durante 2003 al 2005, se encontró que los casos de melanoma pasaron de 2,7 por cada 10 000 habitantes en el 2003, a 13 por cada 10 000 habitantes en el 2005. En GLOBOCAN (proyecto que establece las estimaciones oncológicas actualizadas de Colombia) de 2008 se reportó una incidencia de melanoma en Colombia de 1,9 por cada 100 000 habitantes, con una mortalidad de 0,5 por cada 100 000 habitantes⁷. La curabilidad del cáncer de piel es cercana al 100%, si es detectado en estadios tempranos y es tratado quirúrgicamente⁸.

Casi un 70% de los diagnósticos de MMC tienen como factor genérico principal la exposición solar intensa, que modifica estructuralmente las células

epidérmicas normales y las conduce a cambios que malignizan el tejido, logrando daños tan intensos que pueden involucrar o comprometer a otros órganos aun a distancias considerables, ya sea por vía linfática o hemática. Además, hay otros factores que ayudan a su progresión como la raza, edad, sexo, antecedentes familiares y personales, entre otros⁹. La radiación ultravioleta es el factor más influyente en el génesis de este cáncer; así el sexo femenino, las personas mayores de 45 años, aquellos que poseen abundantes y diferentes tipos de nevos, repetidas quemaduras que generan cicatrices, pacientes inmunosuprimidos, agentes químicos y antecedentes familiares y personales de melanoma, son otros de los factores involucrados. Los caucásicos tienen un aumento de 10 veces más de incidencia en desarrollar cáncer tipo melanoma, comparado con los de raza negra y siete veces más comparados con la raza indígena y mestiza de América latina¹⁰.

Para el diagnóstico del melanoma, se deben tener en cuenta las características comunes encontradas al examen físico en la lesión, es de fácil diagnóstico de forma correcta entre el 65-80% de los melanomas basándose en la regla ABCD (Asimetría, Bordes, Color y Diámetro de las lesiones cutáneas); nemotecnia desarrollada en la escuela de medicina de la ciudad de Nueva York, que expone que una lesión pigmentada de piel sea más susceptible de tratarse, permitiendo el aumento de la sensibilidad de diagnóstico clínico; sin embargo, algunos melanomas banales o que no presentan patología, pueden pasar desapercibidos a los ojos del experto, generando complicaciones en el desarrollo de la enfermedad¹¹.

Actualmente esta patología tiene muchas opciones de tratamiento estándar, en donde vale la pena resaltar la cirugía convencional que ha permitido la curabilidad del 100% de los pacientes en estadios I y II; mientras que otras terapias dirigidas a buscar, capturar y eliminar las células cancerígenas están ayudando a pacientes en estadios III y IV como el interferón, inmunoterapia, la terapia biológica, terapia dirigida, además, se ha desarrollado una serie de recursos que permiten pesquisar y determinar la verdadera extensión de la neoplasia, lo que permite realizar un tratamiento más efectivo y establecer un apropiado pronóstico¹².

Una vez se diagnostica a un paciente con melanoma por medio de la histopatología, este debe seguir controles médicos periódicos de seguimiento, con el objetivo principal de detectar precozmente una recidiva de la enfermedad y descubrir un posible

segundo melanoma. Los métodos más eficaces para detectar la enfermedad recurrente, son la realización de la historia clínica y el examen físico, estando en estudio el valor que puede tener la realización de ecografía linfática; asimismo, debe enseñarse a los enfermos a realizarse controles ya que en un porcentaje elevado son ellos mismos los que van a detectar la presencia recidiva de la enfermedad¹³.

Existen otros medios para diagnosticar dicha enfermedad dentro de los cuales se pueden destacar, la dermatoscopia que permite diferenciar la pigmentación en benigna o maligna; microscopia laser confocal, permite la formación de una imagen tridimensional de las células en vivo; estos procedimientos empleados para realizar diagnósticos diferenciales, son indispensables para excluir otras posibles causas de este tipo de lesiones e identificar claramente qué tipo de melanoma se presenta y darle un tratamiento acertado y oportuno a dicha enfermedad¹⁴.

Es sumamente importante utilizar los procedimientos diagnósticos de dicha entidad, con el fin de prevenir futuras complicaciones como la metástasis sistémicas, diseminándose en otras partes del cuerpo rápidamente generando desenlaces fatales, disminuyendo el periodo de vida del paciente, regresión tumoral, ulceración e índice mitótico entre otros; es válido también tener en cuenta los efectos secundarios de los tratamientos utilizados para tratar la enfermedad, como dolor, náuseas y fatiga. De ahí que los especialistas en la salud, deben valorar al paciente desde la concepción de un ser humano que necesita mejorar su calidad de vida y, ser coherente con los procedimientos utilizados para realizar el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento a seguir, para evitar futuras complicaciones que vayan en detrimento de su esperanza de vida¹⁵.

El objetivo del presente artículo, es demostrar a través de un estudio analítico observacional, de un caso clínico reportado en una paciente indígena en el Hospital San Francisco de Asís de Quibdó, Colombia. Aunque el MMC es una enfermedad común en la raza blanca, cuando se presenta en la raza indígena su progresión y compromiso puede ser fatal en un corto periodo de tiempo, como lo sustentan los datos epidemiológicos mundiales. De igual manera se realiza una breve asociación entre la terapéutica médica del MMC y las creencias culturales indígenas, demostrando que priman dichas creencias, frente a la calidad de vida del paciente y por ende el desenlace fatal como la muerte.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo se desarrolla a través de la evolución de un caso clínico encontrado en una mujer indígena de la comunidad Nucidó, perteneciente al río Catrú, en el municipio de Alto Baudó, en el departamento del Chocó, Colombia, a través de un estudio analítico observacional. Además, se realiza una revisión detallada de literatura médica científica, con la actualización correspondiente por medio de las últimas publicaciones de revistas, artículos, congresos, reportes de consenso y guías de manejo referente a esta entidad clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 38 años de edad, natural y procedente del resguardo indígena Nucidó, en el río Catrú del municipio de Alto Baudó, en el departamento del Chocó, de la cual se reserva su nombre por confidencialidad. Ingresa por urgencia al Hospital San Francisco de Asís de la ciudad de Quibdó, remitida del Centro de Salud de primer nivel en la vereda de Puerto Echeverry Chocó, en el mes de abril del año 2013, por cuadro clínico de 18 meses de evolución, agudizado en las últimas dos semanas por la aparición de masa en la planta del pie derecho, que se acompañó de dolor y secreción de material sanguinolento asociado a malestar general, decaimiento, fatigabilidad y pérdida de peso de aproximadamente 10 kg desde el inicio del cuadro. En el hospital de segundo nivel de Quibdó, se le realizaron los exámenes de laboratorio que se encuentran detallados en la Tabla 3 (Paraclínicos institucionales), y se inició manejo interdisciplinario por dermatología y medicina interna, decidiendo remitir a la paciente de inmediato una vez salió el reporte de la biopsia de piel, estabilizándola hemodinámicamente.

La paciente no refirió antecedentes personales ni familiares de importancia; refirió haber estado embarazada en ocho ocasiones, con siete productos por partos vaginales, actualmente vivos y un aborto espontáneo. Al examen físico de ingreso se encontró a la paciente en regular estado general, deshidratada, ansiosa, agitada, febril al tacto, orientada, con signos vitales TA: 110/70 mmHg, FC: 104 lpm, FR: 26 rpm, T: 38.8°C, Peso: 43 Kg, con saturación de oxígeno al 86% con FiO₂ al 21%.

Se observó conjuntivas y mucosas pálidas y secas, presencia de adenopatías inguinales bilaterales de

1,5 cm de diámetro, que no presentaban dolor a la palpación y se encontraban adheridas a planos profundos con poca movilidad.

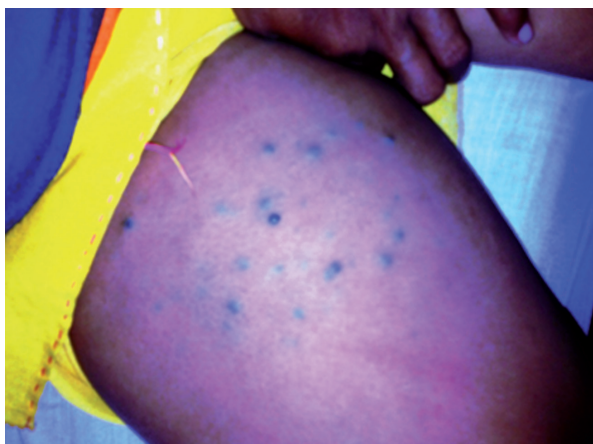
La lesión tumoral presentó alrededor de 8 cm de largo, 6 cm de ancho y 3 cm de alto, con lesiones satélites de diferentes tamaños. Los bordes estaban elevados, irregulares, de color negro y bronce, con olor fétido y eliminación de líquido sanguinolento en el área local (Ver Figura 1).

FIGURA 1. Lesión primaria en pie derecho, con satélites locales de la paciente indígena de 38 años.



De igual forma presentaba lesiones satélites en el muslo del miembro inferior ipsilateral, con la misma morfología que los ubicados en el pie (Ver Figura 2). Se hospitalizó con impresión diagnóstica de cáncer de piel tipo MMC nodular en planta del pie derecho con lesiones satélites, se le realizó manejo sintomático, con antiinflamatorios, antipirético y curación con cubrimiento de la herida en el pie.

FIGURA 2. Lesiones satélites de metástasis en muslo del miembro inferior derecho, en la paciente indígena de 38 años.



Así mismo se le administró oxígeno por cánula nasal a 2 Lt por minuto, SSN a 100 cc/H previo bolo de 500 cc, se cubrió la lesión con apósito estéril posterior a curación y se solicitó valoración y manejo integral con los servicios de Medicina Interna y Dermatología, quienes confirmaron el diagnóstico por medio de biopsia de piel, reportando lesión en etapa IV. Los paraclínicos tomados reportaban leve anemia, linfocitosis a expensas de neutrófilos, VSG aumentada, glicemia en rangos normales, perfil renal y hepático normales y ecografía de abdominal sin hallazgos de anormalidad (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Exámenes de laboratorio realizados en el hospital San Francisco de Asís de la ciudad de Quibdó, Chocó, Colombia.

Fecha	Paraclínico	Resultado
Abril/2013	1. Hemograma	1. Leucocitos: 12400 cel/mm ³ , Neutrófilos: 68%, Hemoglobina: 9.6 gr/dl, Hematocrito: 28.8%, Plaquetas: 178000 cel/mm ³ .
	2. PCR	2. PCR: 112 mg/L.
	3. Glucometría	3. 119 grs/dl
	4. VSG	4. 54 mm/H
	5. Perfil Hepático	5. Albumina: 3.9 g/dL, Bilirrubina: 1.6 mg/dL, GTO: 23 UI/L, GGT: 40 UI/L, FA: 102 UI/L.
	6. Perfil Renal	6. BUN: 11 mg/dL, Cr: 0.8 mg/dL.
	7. Ecografía	7. Ecografía Abdominal: Sin hallazgos de anormalidades.

Se remitió a un centro de mayor complejidad en la ciudad de Medellín, el cual le suministró los servicios de dermatología, oncología y ortopedia, en donde se decidió como método terapéutico, la amputación total del miembro inferior derecho por el compromiso encontrado, asociado a sesiones de quimioterapia con dacarbazina (DTIC), lo cual no fue posible realizarlo, debido a que el cónyuge de la paciente decidió solicitar salida voluntaria asumiendo todos los posibles riesgos a futuro, puesto que en su cultura no se aceptan las amputaciones o las deformidades estructurales. La paciente fue trasladada de regreso a la comunidad indígena de procedencia sin manejo terapéutico ambulatorio; sólo cuenta con la ayuda de su cónyuge, quien con frecuencia le adiciona “agua tibia” y remedios líquidos de plantas por vía tópica y oral. Por la gravedad y la evolución de su enfermedad, la paciente continuó

en regular estado, con la consecuente asistencia eventual a consulta de urgencias del centro de salud de Puerto Echeverry Chocó, donde recibe manejo sintomático, y posteriormente se remite nuevamente a un mayor nivel de complejidad, rechazando siempre la conducta médica.

DISCUSIÓN

El caso presentado hace referencia a una paciente femenina de 38 años de edad, que a pesar de conocer los riesgos potenciales y mortales secundarios al diagnóstico de MMC, decidió solicitar salida voluntaria del hospital donde se encontraba debido a las creencias culturales de su comunidad indígena. Su cónyuge fue el principal promotor de dicha decisión, ya que su concepto cultural no acepta deformidades o amputaciones dentro de su resguardo. En éste sentido, al realizar un análisis de la frecuencia negativa de los procedimientos médicos en los resguardos de las comunidades indígenas en Colombia, a la fecha no existen datos estadísticos contundentes en el país que arrojen un porcentaje real del mismo.

Existen evidencias de investigaciones realizadas por organismos internacionales (ONU, OMS y el Grupo Internacional de Asuntos Indígenas), los cuales reportan estadísticas de renuencia a tratamientos médicos en las comunidades indígenas, como es el caso de países como Panamá (64%), y México (10%) entre otros, manifestando ciertos temores a la realización de exámenes, bien sea por la idiosincrasia ancestral de sus resguardos, los cuales consideran que la medicina natural es más efectiva que la medicina especializada¹⁶. Todo esto en cierto modo, hace que los pueblos indígenas estén al margen de la sociedad, generando en ellos más pobreza, menor nivel de educación, tasa de mortalidad a temprana edad y, en términos generales, tienen una deplorable salud con relación al resto de la sociedad.

En la actualidad existe mucho desconocimiento sobre la etiología o causa del melanoma en minorías étnicas con un estilo de vida, ocupación o riesgo ambiental no determinados. Por lo anterior, las diferencias ancestrales de los grupos étnicos minoritarios, tienen una significancia muy importante y generan confusión desde el punto de vista etiológico. Lo que se encuentra es que debido a la baja sospecha, el bajo nivel socioeconómico y el pobre acceso a los servicios de salud de los pacientes indígenas, el diagnóstico de melanoma es tardío y se hace en estadios avanzados los cuales tienen un peor pronóstico¹⁷.

El índice de morbi-mortalidad en el contexto de los grupos étnico y de razas negras, es de suma importancia el manejo y enfoque de este caso clínico. De ahí se conoce que las razas negra e indígena tienen índices muy bajos (1,1%) de diagnósticos de MMC frente a los blancos no hispanos; es decir, las tasas de incidencia son mayores en los pacientes caucásicos o raza blanca (29,7/100.000), en comparación con los hispanos (4,4/100.000) y los pacientes de raza negra e indígena (1,1/100.000)¹⁸. En contraposición al momento de establecer y confirmar el diagnóstico, los mayores índices de mortalidad se evidencian en las razas negra e indígena. Existen factores que puedan potencializar esta conducta y podrían resumirse en su nivel educativo, la interacción entre culturas, el dominio orgánico (fenotipo de piel), las políticas gubernamentales propias de las comunidades, entre otros.

El MMC es una patología emergente que desencadena una serie de problemáticas médicas, de salud pública y epidemiológica. Además, despierta enorme interés de las especialidades que se encuentran involucradas en su abordaje y manejo, tales como dermatólogos, internistas, oncólogos, patólogos, cirujanos, epidemiólogos, entre otros. A nivel clínico patológico, se reconocen cinco subtipos clínicos principales que se diferencian por tamaño, edad de aparición, tiempo de progresión y tipo de abordaje médico, entre ellos se describen: melanoma lentigo maligno, melanoma extensivo superficial, melanoma acrolentiginoso o acromucolentiginoso, melanoma amelanótico y el melanoma nodular¹⁹.

De acuerdo a investigaciones posteriores realizadas, se ha podido establecer que el MMC puede metastatizar vía hematológica a cualquier órgano. El pulmón, cerebro e hígado son los órganos sólidos más frecuentemente afectados por metástasis de MMC en orden de importancia. La supervivencia es de 6 a 10 meses cuando se encuentran metástasis a distancia. Se pueden presentar metástasis a distancia sin compromiso de los ganglios linfáticos regionales, y esto se da por la diseminación hematológica²⁰.

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES DE PATOLOGÍAS ANÁLOGAS

Entre los casos más recientes atendidos por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), en Colombia el cáncer de piel ocupó el primer puesto de dichos casos, el 13% corresponden a melanomas; dentro de los aspectos sociodemográficos se encontraron

y revisaron 170 historias clínicas de pacientes con melanoma primario en tronco y extremidades a quienes se les realizó biopsia de ganglio centinela en el INC. El instituto cancerológico realizó un sondeo y diagnóstico en algunas ciudades tomadas como muestra de investigación, y de acuerdo a los sitios de procedencia mostró la siguiente distribución: Bogotá: 78 pacientes (45,88%); Cundinamarca: 28 pacientes (16,47%); Boyacá: 26 pacientes (15,29%); Tolima: 9 pacientes (5,29%). Los restantes 29 pacientes (17,07%) procedían de los departamentos de Huila, Casanare, Meta, Cesar, Caquetá, y Arauca. En lo que respecta a los aspectos clínicos, el 59,41% (n=101) de los pacientes fueron mujeres, y el 40,59% (n=69), hombres. La edad promedio fue de 57,5 años para ambos géneros (rango 22 a 84 años); de 55,9 años para mujeres (rango entre 20 y 84 años), y de 59,8 años para hombres (rango de 23 a 84 años)²¹.

La American Joint Committee on Cancer recomienda la estratificación del melanoma basándose en la profundidad de la lesión, la presencia o ausencia de ulceración, el número de ganglios linfáticos comprometidos, el tamaño de los ganglios y la presencia o ausencia de metástasis a distancia. Los factores pronósticos son un instrumento fundamental, ya que individualiza el pronóstico y ayuda a planificar el tratamiento.

El estadio tumoral es un factor pronóstico claro, con evidente correlación con la supervivencia a cinco años. Esta última es inversamente proporcional al estadio; aunque nunca hay que olvidar que existen recurrencias tardías. Los factores pronósticos en estadios localizados se clasifican y describen de manera detallada en la Tabla 2.

Tabla 2. Factores de Pronósticos en Estadios Localizados.

FACTORES PRONÓSTICO – ESTADIOS LOCALIZADOS	
Factores histológicos: Espesor de Breslow, ulceración, nivel de invasión de Clark, fase de crecimiento, infiltración perineural, infiltración linfocitaria, regresión, satelitosis microscópica e índice mitótico.	
Factores clínicos: Estadio, sexo, edad y localización anatómica. Estos tipos de factores se correlacionan en los siguientes niveles a describir.	
Nivel Estadio	Descripción del Pronóstico
A: Estadios localizados	Los estadios I y II son de excelente pronóstico, con una supervivencia a los 10 años de 95%, aunque hay factores pronósticos que pueden aumentar el riesgo de recaída.
B: Estadio III	1.-Adenopatías locales y regionales afectadas: Son el factor pronóstico más importante. La presencia de afectación ganglionar se asocia a un riesgo de recaída cercano al 45%, a los 5 años. La supervivencia también esta inversamente correlacionada con el número de ganglios. 2. Ulceración: Su presencia se asocia a peor pronóstico y menor supervivencia. 3. Presencia de metástasis en tránsito o satelitosis: Presentan peor pronóstico.
C: Estadio IV	El pronóstico en este estadio es muy pobre, de tal forma que la probabilidad de supervivencia a 5 años es inferior al 10%. 1.-Localización metastásica: Las localizaciones hepáticas, gastrointestinales y cerebrales tienen peor supervivencia que las pulmonares, cutáneas y ganglionares. 2.-Número de localizaciones metastásicas: A mayor número de localizaciones peor supervivencia. 3.-Tiempo libre de progresión: Si es superior a 12 meses es de mejor pronóstico. 4.-Estado general: Los pacientes con deterioro del estado general, presentan peor supervivencia. 5.-Niveles de LDH: La elevación de la LDH implica un peor pronóstico. 6.-Cirugía de metástasis: La resección de las metástasis, mejora la supervivencia, especialmente las metástasis pulmonares, habiendo hasta un 10% de largos supervivientes ²² .

Fuente: Adaptado de: Martínez N. Sociedad Española de Oncología Médica. España, Pub. Cáncer. Ene 2013.

Se puede evidenciar que al tomar como referencia los factores de pronóstico en estadios localizados (Ver Tabla 2), es claro que el pronóstico de supervivencia de la paciente es grave, puesto que la masa tumoral sobrepasa los niveles aceptados para estadiarla en fases tempranas de la enfermedad. Además, la presencia de ulceración, compromiso ganglionar inguinal y el mal estado general, clarifican la gravedad que presenta el cáncer en la paciente, clasificándola en estadio IV con mal pronóstico.

En la actualidad, el tratamiento del melanoma se enfoca de manera interdisciplinaria dependiendo de la etapa de evolución encontrada, generalmente terminando en resección quirúrgica como método terapéutico definitivo. El tratamiento quirúrgico se ha revolucionado con el advenimiento del mapeo linfático y la biopsia del ganglio centinela²³.

El concepto de ganglio centinela está basado en la hipótesis de que el drenaje linfático de los tumores malignos sigue un patrón ordenado y predecible hacia la zona linfoportadora o ganglionar. Como consecuencia, cuando la diseminación tumoral ocurre por vía linfática, el ganglio que en primer lugar recibe la linfa será el primero en contener células neoplásicas; a su vez las células partirán a los demás ganglios de la zona linfoportadora^{24,25}. Cuando el reporte de patología muestra que el ganglio es positivo para depósitos metastásicos, está indicada la linfadenectomía de esta cadena ganglionar, así se previene la diseminación de la enfermedad.

Hoy día se cuenta con cinco tipos de tratamiento estándar: cirugía con escisión local amplia, linfadenectomía y biopsia de ganglio linfático centinela; quimioterapia, radioterapia, terapia biológica y terapia dirigida^{26,27}. De acuerdo al tratamiento de tipo estándar, es importante referenciar algunos hallazgos similares de la patología objeto de investigación, en lo que respecta a MMC en la planta del pie, los cuales se describen a continuación.

HALLAZGOS DE PATOLOGÍAS SIMILARES²⁸

Caso Clínico 1: en el 2004 en Buenos Aires Argentina, mujer de 70 años fue remitida al consultorio

de ortopedia y traumatología con una biopsia positiva para melanoma, efectuada por el servicio de dermatología. Según relato del paciente, a raíz de una lesión en el hallux derecho de origen traumático, había comenzado a aumentar la coloración de la lesión. La anatomía patológica mostró que se trataba de un MMC de tipo ulceroso o superficial en fase de crecimiento vertical que se infiltraba a la hipodermis. Se decidió realizar una amputación de tipo Dickson del primer segmento del pie derecho. La biopsia posoperatoria informó: melanoma maligno ulcerado infiltrante en todo el espesor de la dermis y la hipodermis, nivel V de Clark, en fase de crecimiento vertical, originado en un melanoma lentiginoso acral, espesor lesional 4 mm (Breslow). Sus bordes quirúrgicos estaban libres. A los siete años de evolución fue favorable, realiza una marcha plantígrada con ortoprótesis sin recidiva.

Caso Clínico 2: en el 2010 en Buenos Aires Argentina, en el mes de febrero mujer de 83 años acudió al consultorio de traumatología, por presentar en la uña del hallux derecho, un tumor ulcerado, exofítico y húmedo, circunscrito a ella. Había comenzado hacía unos 15 años con un aumento paulatino de la coloración de la uña. Se trató en el servicio de dermatología, donde se le realizó una biopsia cuyo diagnóstico dio positivo para melanoma. En abril del mismo año se le realizó una amputación de tipo Dickson del primer segmento del hallux derecho. La anatomía patológica informó: melanoma maligno noduloide en fase de crecimiento vertical ulcerado. El margen quirúrgico fue a 3,5 cm de la neoplasia. Al mes comenzó con marcha plantígrada con calzado posoperatorio y se le indicó una ortoprótesis que utiliza sin recidivas.

Estos hallazgos de patologías similares, en cierto modo difieren un poco con la investigación objeto del presente artículo, debido a que los pacientes tratados en el caso clínico 1 y 2 hacen parte de una sociedad civilizada, donde prima más la vida que la idiosincrasia cultural y familiar, caso contrario de lo que se puede evidenciar en las comunidades de los resguardos indígenas. En consonancia a lo descrito, es importante resaltar que existen tratamientos para cada tipo de pacientes dependiendo la evolución neoplásica, entre los cuales algunos se describen en la Tabla 3.

Tabla 3. Clasificación de Pacientes de Acuerdo a su Estadío.

Ítem	Paciente / Estadío	Opción / Tratamiento
1	Pacientes en estadio I	Opciones de tratamiento estándar
2	Pacientes en estadio II	Opciones de tratamiento estándar
3	Pacientes en estadio III	Puede ser útil la terapia adyuvante con interferón. Se utiliza para evitar la recurrencia de la enfermedad después de la cirugía. Otras terapias que pueden utilizarse para este grupo de pacientes incluyen: –Perfusión de extremidades: Melanoma de brazo o pierna, se aplica un fármaco de quimioterapia caliente en las extremidades. - Radioterapia: se utiliza para tratar la zona de los ganglios linfáticos –Ensayos clínicos: En curso puede ser beneficiosos.
4	Pacientes en estadio IV	En esta se han propagado y son de difícil tratamiento. Se puede utilizar quimioterapia para disminuir el tamaño del tumor y dosis elevadas de interferón o interleucina-2 para detener o disminuir el crecimiento del tumor. Otros tratamientos pueden incluir: –Bioquimioterapia: Se puede utilizar quimioterapia combinada con temozolomida y agentes biológicos como interleucina-2, interferón o ambos, para disminuir los tumores y extender las expectativas de vida. –Ensayos clínicos: Puede haber ensayos clínicos sobre el tratamiento de esta enfermedad en los que los pacientes puedan participar. Los ensayos clínicos se llevan a cabo para determinar si los tratamientos nuevos para el cáncer son seguros y eficaces ²⁹ .

Fuente: Adaptado de: Gillgren P, Drzewiecki KT, Niin M, Gullestad HP, Hellborg H, Mansson-Brahme E, et al. 2-cm versus 4-cm surgical excision margins for primary cutaneous melanoma thicker than 2 mm: a randomised, multicentre trial. *Lancet*. 2011;378(9803):1635-42.

El tiempo de 18 meses de evolución y el compromiso reportado al momento de la consulta de la paciente al centro hospitalario, confirman el requerimiento de tratamiento quirúrgico asociado a radioterapia o quimioterapia, estos son claves para intentar obtener un mejor pronóstico a cinco años. Sin embargo, la paciente y su conyugue consideran sus creencias culturales frente al tratamiento ante la gravedad de su diagnóstico clínico.

Los investigadores están estudiando nuevos fármacos y tratamientos para el melanoma. Dentro de los más importantes se encuentran las vacunas para melanoma, linfocitos infiltradores de tumores, células T modificadas genéticamente y terapia genética³⁰. En la actualidad existen diferentes tipos de tratamiento disponibles para los pacientes de melanoma, de los cuales algunos tratamientos son de tipo estándar (Ver Tabla 3) y otros se encuentran en evaluación en ensayos clínicos³¹.

En lo que respecta a tratamientos de tipo estándar se detallan: cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia

biológica y la terapia dirigida³². Al plantearse un marco referencial de los nuevos tratamientos objeto de investigación propuestos por los autores, con las recientes técnicas o tratamientos que se obtienen en el medio, pues algunos guardan una tendencia de similitud como es el caso de las terapias, y otras en cierto modo difieren en cuanto a la aplicación y efectos del tratamiento.

En cuanto a la prevención se debe tener en cuenta la evolución cronológica de la lesión; por tanto en la prevención primaria el objetivo es reducir los principales factores de riesgo en población de alto riesgo, en la secundaria se busca el diagnóstico y tratamiento precoz; y en la terciaria el principal objetivo el limitar la morbilidad y aumentar la supervivencia de pacientes con enfermedad avanzada³³.

A pesar de los avances de la ciencia y de la incesante cantidad de investigaciones que se encuentran disponibles en pro del manejo y rehabilitación de las enfermedades, en el MMC aún existen muchos

vacíos para lograr la recuperación total y exitosa de los pacientes que presentan mayor compromiso de su estado, especialmente pacientes con metástasis lejanas de la lesión primaria.

En muchas ocasiones es necesario que los pacientes sin tratamiento, durante o después de finalizarlo, hagan parte de los ensayos clínicos en busca de nuevas modalidades terapéuticas que ayuden a los próximos pacientes, o que reporten mayor eficacia que los tratamientos estándares que se conocen para tratar la enfermedad.

CONCLUSIONES

El MMC es una enfermedad con mucha influencia en el campo de la oncología médica dermatológica, que requiere un enfoque multidisciplinario para obtener mejores resultados ante su manejo. En la actualidad, se han reportado aumentos importantes en su incidencia, prendiendo las alarmas en todas las asociaciones y gremios relacionados.

El diagnóstico se puede sospechar a través de la semiología de la lesión y se confirma por medio de una biopsia de piel. Ocasionalmente el tratamiento debe involucrar procedimientos complejos e invasivos como linfadenectomía, uso de interferón, entre otros. Sin embargo, es bien conocido que la mayoría de lesiones se diagnostican en etapas tempranas y su recuperación es satisfactoria.

Es una entidad común en la raza blanca y en personas que tienen factores de riesgos; no obstante, en el momento en que se presenta en la raza indígena o afrodescendiente, puede presentar pobres resultados evolutivos generando constantemente altos índices de mortalidad. Esta problemática de salud es más conocida y esperada en la raza indígena quienes por problemas de educación, actualización, estilos de vida y de gobierno en su cultura, no asimilan la gravedad de las enfermedades ante lo cual responden con el rechazo de las modalidades terapéuticas que los especialistas les plantean ante el potencial riesgo de muerte.

RECOMENDACIONES Y AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos al Hospital San Francisco de Asís de la ciudad de Quibdó, en donde se desarrolló el manejo de éste caso, y a todas las entidades y personas que de manera directa e indirecta aportaron a su culminación.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

En cuanto a la confidencialidad y publicación de los datos, los autores del presente artículo, declaran seguir fielmente los protocolos de su centro de trabajo, sobre la difusión de datos y reproducción de imágenes del paciente objeto de estudio.

En concordancia a la referente investigación, la paciente de manera voluntaria autorizó expresamente a los autores su pleno consentimiento informado, para que la información y divulgación de la misma (diagnóstico, resultados e imágenes), se propagara y llevase a cabo sin problema alguno en el presente artículo; sólo se reservará la identidad propia del paciente en lo que concierne a nombres y apellidos, bajo los parámetros legales y el Código de Ética Médica colombiana³⁴.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez N, Piñero A, Giménez J, Merck B, Vázquez C. Melanoma. Soc. Esp Oncol Med. 2013;26:176-80.
2. Aceituno-Madera P, Buendia-Eisman A, Arias-Santiago S, Serrano-Ortega S. Changes in the incidence of skin cancer between 1978 and 2002. Actas Dermosifiliogr. 2010;101(1):39-46.
3. Parkin DM, Mesher D, Sasieni P. Los cánceres atribuibles a exposición a la radiación solar. Art. Europ. Reino Unido. 2011; 486.
4. Bellolio E, San Martín A, Quiñiñir L, Orellana J, Tapia O, Rifo P, et al. Evaluación de factores histológicos pronósticos de supervivencia en melanoma maligno cutáneo, seguimiento a 13 años. Rev Chil Cir 2010;62(4):331-8.
5. National Cancer Institute. U.S. Department Of Health And Human Services. National Institutes of Health. What you need to know about melanoma and other skin cancers. Nov 2011. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/skin>
6. Colby J, Cahillane M. Melanoma Incidence in New Hampshire: The potential impact of National Comparison Groups, Reporting Completeness and Case Ascertainment on Study Findings. New Hampshire Environmental Public Health Tracking Program. Sept 2010.
7. Ferlay J, Shin HR, Bray F. GLOBOCAN 2008. Cancer incidence and mortality worldwide. IARC. Cáncer Base; 2010. p. 10.
8. Velásquez M, Restrepo C. Mecanismos de patogénesis del melanoma maligno. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2012;20(2):161-72.
9. Holterhues C, Vries E, Louwman MW, Koljenovic S, Nijsten T. Incidence and trends of cutaneous malignancies in the Netherlands, 1989-2005. J Invest Dermatol. 2010;130(7):1807-12.
10. Red Nacional Integral del Cáncer. NCCN Directrices Medical Practice y Oncología: Melanoma. 201; 4.
11. Barret T, Ross M, Law R, Greenway H. Malignant Melanoma Cutaneous. Scripps Clinics; 2013.
12. Rigel DS, Russak J, Friedman R. The evolution of melanoma diagnosis: 25 years beyond the ABCDs. CA Cancer J Clin. 2010;60(5):301-16.
13. Héry C, Tryggvadóttir L, Sigurdsson T, Olafsdóttir E, Sigurgeirsson B, Jonasson JG, et al. A melanoma epidemic in Iceland: possible influence of sunbed use. Am J Epidemiol. 2010;172(7):762-7.
14. Mangas C, Paradelo C, Puig S, Gallardo F, Marcoval J, Azon A, et al. Valoración inicial, diagnóstico, estadificación, tratamiento y seguimiento de los pacientes con melanoma maligno primario de piel. Documento de consenso de la Xarxa de Centres de Melanoma de Catalunya i Balears. Actas Dermosifiliogr. 2010;101(2):129-42.
15. Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DE, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. N Eng J Med. 2010;363:711-23.
16. Duque MC, Hernández A. Sistema de Salud de las comunidades

- indígenas, estudiadas por la Gran Expedición Humana. Serie de Reportes de Investigación. Universidad Pontificia Javeriana. Santafé de Bogotá, 2010. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Humana/>
17. Estévez JA, Acosta A, Díaz S, Calderón A, Buitrago G. PET-CT en pacientes con melanoma cutáneo maligno. *Rev Colomb Cancerol.* 2011;15(Suppl 1):70-87.
 18. National Cancer Institute, Surveillance Epidemiology and End Results. SEER Stat Fact Sheets: Melanoma of the Skin Bethesda, National Cancer Institute. 2010. Disponible en: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html>.
 19. Dermatology Department. Understanding Malignant Melanoma. Cambridge University Hospitals. Cambridge. 2011.
 20. Cicarma E, Juzeniene A, Porojnicu AC, Bruland S, Moan J. Latitude gradient for melanoma incidence by anatomic site and gender in Norway 1966-2007. *J Photochem Photobiol B.* 2010;101(2):174-8.
 21. Oliveros C, Bravo JC, Zambrano A, Cepeda M, Ramírez AF. Tendencias en la incidencia y la mortalidad en melanoma maligno en los últimos 60 años y análisis de los datos del registro poblacional (sic) de cáncer de Cali. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2012;20(3):255-64.
 22. Martínez N. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM; España, Pub. Del Cáncer; Ene. 2013. Disponible: <http://www.seom.org/>
 23. Klode J, Dissemmond J, Grabbe S, Hillen U, Poeppel T, Boeing C. Sentinel lymph node excision and PET-CT in the initial stage of malignant melanoma: a retrospective analysis of 61 patients with malignant melanoma in American Joint Committee on Cancer stages I and II. *Dermatol Surg.* 2010;36(4):439-45.
 24. Garbe C, Schadendorf D, Stolz W, Volkenandt M, Reinhold U, Kortmann RD, et al. Short German Guidelines: malignant melanoma. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010;6(Suppl 1):S9-S14.
 25. Ali L, Helm T, Cheney R, Conroy J, Sait S, Guitart J, et al. Correlating array comparative genomic hybridization findings with histology and outcome in spitzoid melanocytic neoplasms. *Int J Clin Exp Pathol.* 2010;3(6):593-9.
 26. Lavanderos J, Pérez JA, Jeria S, Concha D. Actualizaciones en Melanoma Maligno Cutáneo. *Cuad Cir.* 2010;24:47-56.
 27. Chapman PB, Hauschild A, Robert C, Haanen JB, Ascierto P, Larkin J, et al. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. *N Engl J Med.* 2011;364(26):2507-16.
 28. Santamarta L, Saenz R. Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Central de San Isidro. *Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol.* 2011; 76(4).
 29. Gillgren P, Drzewiecki KT, Niin M, Gullestad HP, Hellborg H, Mansson-Brahme E, et al. 2-cm versus 4-cm surgical excision margins for primary cutaneous melanoma thicker than 2 mm: a randomised, multicentre trial. *Lancet.* 2011;378(9803):1635-42.
 30. Boztug K, Schmidt M, Schwarzer A, Banerjee PP, Avedillo I, Dewey RA, et al. Stem-cell gene therapy for the Wiskott-Aldrich syndrome. *N Engl J Med.* 2010;363:1918-1927.
 31. Mocellin S, Pasquali S, Rossi CR, Nitti D. J. Interferon alpha adjuvant therapy in patients with high-risk melanoma: a systematic review and metaanalysis. *Natl Cancer Inst.* 2010; 102(7):493-501.
 32. Bibault JE, Dewas S, Mirabel X, Mortier L, Penel N, Vanseymortier L, et al. Adjuvant radiation therapy in metastatic lymph nodes from melanoma. *Radiat Oncol.* 2011;6:12-21.
 33. Burgues M, Llamas R. Factores de Riesgo y Detección Temprana del Melanoma Maligno en Pacientes con Nevus Melanocíticos y Dermatitis. Madrid; 2011.
 34. Código de Ética Médica. Ley 23 de 1981. Por el cual se dictan normas de ética para el ejercicio de la Medicina en Colombia. Agosto, 2010.