

EDITORIAL

A propósito del melanoma lentiginoso acral

About acral lentiginous melanoma

<https://doi.org/10.35509/01239015.833>

Cras Los melanocitos son células que se localizan sobre la membrana basal de la epidermis, cuya función principal es la producción de melanina que se localiza encima de los núcleos de las células de la epidermis protegiéndolas de daño por la radiación ultravioleta. Además, le confiere el color a la piel. Desde el punto de vista social, estos diferentes colores de piel han generado conflictos entre los seres humanos, violencia y muerte.

El melanoma es el cáncer que se origina a partir de la mutación de ciertos genes en estos melanocitos. En forma sucinta se reconocen cuatro tipos de melanoma. El melanoma lentiginoso acral, que no tiene que ver con la exposición solar y se localiza en plantas, palmas y matriz de las uñas. El lentigo maligno melanoma, relacionado con la exposición crónica al sol localizado en el rostro. El melanoma de extensión superficial, relacionado con exposición aguda e intermitente a los rayos ultravioleta del sol (exposición recreacional) se localiza en tronco y extremidades (no acral). Y por último, el melanoma nodular, es el tipo de melanoma menos frecuente, pero de peor pronóstico.

El comportamiento del melanoma difiere según el grado de pigmentación de cada grupo étnico. En la población blanca de Australia, Estados Unidos y Europa se expresa con más frecuencia como melanoma de extensión superficial y en segundo lugar como lentigo maligno melanoma. En otras regiones, donde predominan las etnias con altos niveles de pigmentación, como África, Asia y América Latina predomina el melanoma lentiginoso acral. En Colombia, la incidencia de los melanomas también varía en función del nivel de pigmentación: en la población blanca el melanoma más frecuente es el de extensión superficial, y en la población negra el que

predomina es el lentiginoso acral. A esto sin embargo se agrega una importante serie de consideraciones socioeconómicas.

En nuestras investigaciones hemos observado que en los hospitales donde se atienden a personas de estrato I a III es más frecuente el melanoma lentiginoso acral. Entre ellos se encuentra el Instituto Nacional de Cancerología (INC) donde atendemos alrededor de 200 casos nuevos de melanoma al año, de los cuales el 43.7% son de ese tipo (1, 2). Por su parte, este porcentaje es mucho más bajo en las instituciones que atienden a los estratos IV a VI, aunque de todos modos supera a los niveles registrados en Australia, Estados Unidos y Europa (3, 4). Esta relación no es de causa-efecto, sino que se debe probablemente a que las personas de estratos altos suelen ser de etnias con menores niveles de pigmentación.

Sin embargo, sí hay fuertes indicios de que la alta tasa de mortalidad por melanoma lentiginoso acral (supervivencia de 54% a 5 años) se debe a las condiciones socioeconómicas de las personas (4); pues en los pacientes de estratos I a III no tienen acceso a una educación de calidad -y tienen además que superar las múltiples barreras administrativas del sistema de salud colombiano y generan un gasto muy alto para el sistema de salud-, es usual que sean diagnosticados y remitidos en forma tardía, de modo que su pronóstico es malo cuando llegan a las instituciones especializadas (1). Mientras que en dos instituciones privadas de Bogotá, Uribe, Nova, Colmenares et al encontraron que transcurre un año y medio desde la identificación de una lesión hasta el diagnóstico de patología, en Nueva Zelanda ese lapso es de solo 6 meses (4).

Australia es la región con mayor incidencia de melanoma, seguida de lejos por Estados Unidos y

Europa (la incidencia en Sur América es mucho menor). Puesto que se trata de regiones con altos porcentajes de personas blancas, el melanoma lentiginoso acral ha sido poco estudiado. Todo lo cual ha marcado la pauta a escala global. Mientras que el término ‘melanoma de extensión superficial’ arroja 7.270.000 resultados en Google, ‘melanoma lentiginoso acral’ apenas llega a 125.000 resultados. Aunque en Japón, Corea y China existen unos cuantos estudios sobre el melanoma lentiginoso acral, los aportes de Latinoamérica son pobres. Y lo cierto es que nos corresponde a nosotros estudiarlo, pues es nuestro problema.

La prevención secundaria del melanoma lentiginoso acral resultaría fácil y económica en la medida en que no se necesitan diagnósticos invasivos. El método más importante es el diagnóstico clínico, porque el melanoma se ve a simple vista y se puede diagnosticar tras la simple inspección. Sin embargo, para detectarlo y tratarlo a tiempo se necesita instruir al público en general y capacitar a los médicos generales. Los dermatólogos y las especialidades afines están en principio sensibilizados

Las estrategias de protección solar son aplicables a los otros tipos de melanoma pero no al lentiginoso acral. Aunque algunos estudios han insinuado que el trauma podría estar implicado en la etiopatogenia del melanoma lentiginoso acral, todavía no conocemos a ciencia cierta su causa. Por eso, es esencial que investiguemos este tipo de melanoma en nuestro país, para poder conocer su perfil epidemiológico, sus factores desencadenantes y de mal pronóstico, su supervivencia y así poder desarrollar una estrategia de prevención secundaria que evite que tantos casos lleguen a una etapa avanzada, donde no hay mucho qué hacer.

Desde 2011, la FDA de Estados Unidos aprobó dos novedosos tratamientos para el melanoma metastásico: la terapia target (inhibidores de BRAF y MEK) y la inmunoterapia (CTLA-4 y PD-1). El problema es que cuestan entre 250 y 500 millones de pesos anuales por paciente, un monto que está muy por encima del presupuesto de un colombiano. En resumen, la prevención ahorraría vidas y sería mucho más económica. Este elevado costo para un país como el nuestro

es difícil de asumir. Por tanto, debemos seguir un programa de promoción y prevención, donde se tienda a proteger la vida y ahorrar el escaso recurso económico.

El INC está trabajando en el *Perfil epidemiológico y supervivencia del melanoma lentiginoso acral en Colombia, estudio multicéntrico 2013-2021*. A su vez, está desarrollando con el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, el trabajo *Supervivencia y factores pronóstico en pacientes con melanoma lentiginoso acral en dos centros de referencia en Colombia. Estudio de cohorte. Años 2021-2026*. Estos dos proyectos, junto con el artículo original publicado en este volumen 25, número 4, de nuestra Revista Colombiana de Cancerología: *Características del melanoma cutáneo en dos instituciones de Bogotá, Colombia: análisis 2012-2016*, son solo un comienzo. Son muy bienvenidas todas las iniciativas que se estén gestando para poder afrontar este problema de salud pública que cobra muchas vidas en Colombia y que representa un elevado costo para nuestro sistema de salud.

Álvaro Acosta de Hart, MD

Coordinador Servicio de Dermatología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

Referencias bibliográficas

1. Pozzobon F, Fierro E, Acosta Á, Carreño A. Características del melanoma cutáneo primario en el Instituto Nacional de Cancerología 2006- 2010. Rev Colomb Cancerol. 2013;17:111-8.
2. Instituto Nacional de Cancerología (INC). Anuario estadístico 2020. Bogotá, D. C.: INC; 2021. Disponible en: www.cancer.gov.co
3. Pozzobon FC, Acosta AE. Epidemiological profile of primary cutaneous melanoma over a 15-year period at a private skin cancer center in Colombia. 2018;20:226-31. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.65616>.
4. Uribe PA, Nova JA, Colmenares C, Palma LF, Gil-Quiñones SR. Características del Melanoma Cutáneo en dos instituciones de Bogotá, Colombia: Análisis 2012-2016. Rev Colomb Cancerol. 2021;25(4).