

TRABAJOS ORIGINALES

# Comparación epidemiológica de los melanomas cutáneos diagnosticados en dos períodos en el Hospital Universitario Austral

## Epidemiological comparison of cutaneous melanomas diagnosed in two periods in Hospital Universitario Austral

María Victoria Montes<sup>1</sup>, Berenice Fouces<sup>1</sup>, Raúl Valdez<sup>2</sup>, María Clara de Diego<sup>2</sup> y Corina Busso<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Antecedentes:** se realizó una comparación epidemiológica entre los pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo en el Hospital Universitario Austral (HUA) en dos períodos de tiempo.

**Objetivos:** conocer el perfil epidemiológico de los pacientes del Hospital, comparar esas características en ambas poblaciones y si existen diferencias en el momento del diagnóstico.

**Materiales y métodos:** se evaluaron los melanomas cutáneos diagnosticados durante el período A (2000-2008) y el período B (2009-2021). Se compararon ambos en cuanto a las siguientes variables: sexo, edad, localización del melanoma, subtipo histológico, espesor tumoral y ulceración.

**Resultados:** se incluyeron 578 melanomas cutáneos diagnosticados por dermatólogos del Hospital. Se observó en ambos grupos un leve predominio masculino (56,5% en el período A vs. 55,7% en el período B). La

media de edad en el momento del diagnóstico fue de  $51,42 \pm 1,77$  años y de  $54,54 \pm 0,78$  años respectivamente. La localización más frecuente fue en el tronco (44,4% y 46,6% respectivamente). El melanoma extensivo superficial fue el subtipo más frecuente (62,8% vs. 64,4% respectivamente). La mediana de espesor tumoral en el momento del diagnóstico fue de 0,65 mm en el período A y de 0,90 mm en el período B. En el período A el 15% de los melanomas cutáneos presentaron ulceración, mientras que en el período B, fue el 9%. No se observaron diferencias significativas.

**Conclusiones:** no se encontraron diferencias entre ambos períodos, como cabría esperar dada la mayor difusión de las campañas de prevención del cáncer de piel y el uso más extendido de herramientas diagnósticas.

**Palabras clave:** melanoma, epidemiología, diagnóstico.

Dermatol. Argent. 2023; 29(1): 10-16

### ABSTRACT

**Background:** an epidemiological comparison was made between patients diagnosed with cutaneous melanoma (CM) at Hospital Universitario Austral (HUA) in two time periods.

**Objectives:** to know the epidemiological profile of the patients in our hospital, compare these characteristics in both populations and if there are differences at the time of diagnosis.

**Materials and methods:** CM that were diagnosed during period A (2000-2008) and period B (2009-2021) were evaluated. Both were compared in terms of the following variables: sex, age, melanoma location, histological subtype, tumor thickness, and ulceration.

**Results:** 578 CM diagnosed by dermatologists at our center were included. A slight male predominance was observed in both groups (56.5% in period A

vs. 55.7% in period B). The average age at diagnosis was  $51.42 \pm 1.77$  years and  $54.54 \pm 0.78$  years, respectively. The most frequent location was on the trunk (44.4% vs. 46.6%, respectively). Superficial extensive melanoma was the most frequent subtype (62.8% vs. 64.4%, respectively). The median tumor thickness at diagnosis was 0.65 mm in period A and 0.90 mm in period B. In period A 15% of the CMs presented ulceration, while in period B it was 9%. No significant differences were observed.

**Conclusions:** we did not find differences between the two periods, as we would have expected given the greater diffusion of skin cancer prevention campaigns and the more widespread use of diagnostic tools.

**Key words:** melanoma, epidemiology, diagnosis.

Dermatol. Argent. 2023; 29(1): 10-16

<sup>1</sup> Médica Residente

<sup>2</sup> Médico de Planta

<sup>3</sup> Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Austral (HUA), Universidad Austral, Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Victoria Montes

Email: mmontes@cas.austral.edu.ar

Fecha de trabajo recibido: 10/11/2022

Fecha de trabajo aceptado: 14/4/2023

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

## INTRODUCCIÓN

El melanoma cutáneo (MC) es un tumor maligno derivado de los melanocitos que tiene un gran potencial metastásico, lo cual lo hace responsable de más del 90% de las muertes por neoplasias cutáneas. Es de origen multifactorial; la predisposición genética junto con la exposición solar son algunos de los principales factores implicados en su génesis<sup>1-3</sup>.

El pronóstico del MC depende, principalmente, del espesor tumoral (espesor de Breslow en milímetros) y de la presencia de ulceración, ambos criterios necesarios para la estadificación tumoral. El diagnóstico precoz es fundamental para ofrecer al paciente un mejor pronóstico<sup>2,4,5</sup>.

Existen diversos factores relacionados con la detección del melanoma. En lo que respecta a los pacientes en general, las campañas de prevención del cáncer de piel cumplen una función central en la concientización de la enfermedad con la difundida regla del “ABCDE de los lunares”. La dermatoscopia manual es una herramienta accesible a todos los dermatólogos, que aumenta la sensibilidad y especificidad para la detección. Además, puede utilizarse la combinación de fotografía de cuerpo entero y dermatoscopia digital para aumentar la detección del melanoma<sup>5-8</sup>.

En los últimos años, ha aumentado la tasa de incidencia del MC, pero no su mortalidad<sup>2</sup>. En 2009, publicamos un estudio comparativo de los casos de MC del Hospital Universitario Austral (HUA) y el Registro Argentino de Melanoma Cutáneo (RAMC) entre 2000 y 2008<sup>9</sup>. Ese estudio mostró un mayor porcentaje de pacientes jóvenes con MC en el HUA en comparación con el RAMC y MC más finos, que generalmente se asocian a diagnósticos más tempranos. Se ha propuesto que hay un sobrediagnóstico de melanoma a favor de los melanomas *in situ*<sup>10</sup>.

El estudio fue realizado en la Unidad de Melanoma del HUA, un hospital joven ubicado en el partido de Pilar, Provincia de Buenos Aires, que abrió sus puertas en mayo de 2000. Desde entonces, su población de pacientes ha crecido al ritmo del crecimiento de las localidades aledañas hasta convertirse en un centro de referencia y derivación. La Unidad de Melanoma está compuesta por un equipo interdisciplinario de médicos cuyo objetivo es la mejor atención del paciente. Está integrada por los servicios de Dermatología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Oncología, Anatomía Patológica, Imágenes y Medicina Nuclear. Se basa en prácticas estandarizadas y guías de evaluación, trata-

miento y seguimiento, y consiste en un circuito rápido de atención, interconsultas y presentación de casos en los ateneos.

Para afrontar el desafío del aumento de la incidencia y las altas tasas de mortalidad que ocasiona el melanoma en los estadios avanzados, es de vital importancia conocer sus características epidemiológicas tanto a nivel global como en el ámbito de nuestra atención médica, y analizar su incidencia y mortalidad de forma periódica a fin de implementar las medidas preventivas oportunas. Por ello, y a partir del último trabajo publicado por la Unidad de Melanoma del HUA, los objetivos de nuestro estudio fueron conocer el perfil epidemiológico de los melanomas cutáneos diagnosticados en la Unidad de Melanoma del HUA en el período comprendido entre 2009 y 2021, comparar las características epidemiológicas de los MC diagnosticados en la Unidad de Melanoma entre 2009 y 2021 y los datos obtenidos en el período 2000-2008, y analizar si las características observadas en el período más reciente han mejorado o empeorado respecto del anterior para tomar decisiones en relación con sus resultados. Nos propusimos analizar si los diagnósticos de MC se realizaban en etapas más tempranas con la mayor difusión de las campañas de prevención del cáncer de piel y el uso más extenso de las herramientas diagnósticas<sup>10,11</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo y analítico utilizando las bases de datos del HUA que comparó las características de los MC diagnosticados en el Servicio de Dermatología en dos períodos consecutivos: 2000 a 2008 (período A) y 2009 a 2021 (período B), durante 21 años de seguimiento.

### Pacientes

Se revisó la base de datos de pacientes con MC evaluados en el Hospital desde el 1 de mayo de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2021 (código 172 del ICD-9). Se incluyeron en el estudio aquellos melanomas cuyo diagnóstico fue realizado por un dermatólogo del Servicio y se excluyeron los derivados desde otra institución.

### Variables clínicas

Se evaluaron las siguientes características de los pacientes: sexo, edad en años y localización anatómica del melanoma (cabeza y cuello, tronco, miembro superior o miembro inferior).

## Estudio del melanoma primario

Todos los preparados histológicos fueron evaluados por anatomopatólogos del Hospital. Se tomaron en cuenta tanto las biopsias parciales (incisionales) como las completas (escisionales). En caso de haber más de una biopsia, se consideró para el análisis las que mostraban características de mayor riesgo (mayor espesor tumoral o presencia de ulceración). Se evaluaron las siguientes características del tumor primario, donde los dos últimos son los predictores independientes más poderosos para la estadificación:

- Subtipo histológico de melanoma: como variable categórica que consideró melanomas *in situ*, melanomas extensivos superficiales, melanomas nodulares, melanomas lentigo maligno, melanomas acrales lentiginosos, melanomas dérmicos, otros tipos de melanoma y subtipo no especificado.

- Espesor tumoral en milímetros: como variable continua y como variable dicotomizada, que consideró los melanomas invasores menores de 0,8 mm como melanomas “finos” y aquellos de 0,8 mm o más de profundidad como melanomas “gruesos”.

- Presencia de ulceración: como variable categórica dicotomizada. Es la ausencia de epidermis intacta, suprayacente a la mayor parte del melanoma primario, según la histopatología.

## Análisis estadístico

Se describieron las variables numéricas en forma de media, mediana, desviación estándar y rangos. Las variables categóricas se describieron en forma de proporciones. Para comparar las variables cuantitativas continuas (edad, espesor tumoral) se utilizó la prueba de la *t* de Student o la prueba de Mann-Whitney según su distribución; y para analizar las categóricas (sexo, localización, subtipo histológico, espesor tumoral dicotomizado y ulceración), la prueba exacta de Fisher o de la chi-cuadrado (Stata versión 14.2). El nivel de significación estadística se estableció en 0,05.

## Aspectos éticos

La recolección y análisis de los datos necesarios para la realización del estudio fue autorizado por el Comité Institucional de Evaluación (CIE). Todos los datos personales fueron tratados confidencialmente y la identidad de los pacientes se preservó según lo exige la Ley 25326, de *Habeas Data*.

## RESULTADOS

En la base de datos del HUA se registraron 977 melanomas. De estos, se incluyeron 578 (59%) diagnosticados en el Hospital, que correspondieron a 552 pacientes (26 pacientes con más de un melanoma) (Tabla). En el período A se diagnosticaron 108 melanomas (18,7%) en el término de 9 años, mientras que en el período B fueron 470 (81,3%) en el término de 13 años.

En el primer período hubo 47 mujeres (43,5%) y 61 hombres (56,5%). En el segundo período se observó una distribución similar, con 208 mujeres (44,3%) y 262 hombres (55,7%), sin diferencias significativas ( $p = 0,915$ ). La media de edad en la que fue diagnosticado el MC fue similar en ambos grupos (51,42 años  $\pm$  1,77 vs. 54,54 años  $\pm$  0,78;  $p = 0,08$ ). La mediana fue de 55 años en el período A (19-83 años) y de 54 años en el período B (11-91 años).

La localización más frecuente fue en el tronco (44,4% vs. 46,6% respectivamente), seguido de los miembros (miembro superior 19,44% vs. 14,47% y miembro inferior 18,52% vs. 20,64%) y la menos frecuente fue de la cabeza y el cuello (16,67% vs. 18,09%). No hubo diferencias significativas en la localización entre el período A y el período B ( $p = 0,615$ ).

Respecto de las características histológicas del melanoma, hubo 38 (35,2%) melanomas *in situ* en el primer grupo y 183 (38,9%) en el segundo, sin diferencias significativas ( $p = 0,51$ ). En cuanto a los MC invasores, la mediana de espesor de Breslow fue de 0,65 mm (0,25-8 mm) en el primer período y de 0,9 mm (0,2-14 mm) en el segundo período ( $p = 0,09$ ) (Gráfico 1). Se comparó la proporción de melanomas “finos” entre ambos grupos y no se encontraron diferencias significativas (73,1% vs. 65,5%;  $p = 0,86$ ).

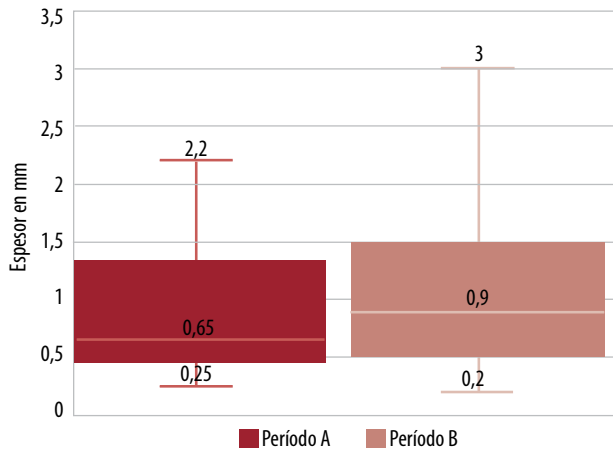
Dentro del grupo de melanomas invasores, predominó el subtipo extensivo superficial (62,8% en el período A y 64,4% en el período B), seguido del melanoma nodular (8,5% vs. 8,3% respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de los subtipos histológicos ( $p = 0,674$ ) (Gráfico 2).

Finalmente, se comparó la presencia de ulceración entre ambos grupos. Se observó una menor proporción de melanomas ulcerados en el segundo período (14,8% en el período A y 8,72% en el período B), hallazgos en el límite de la significación estadística ( $p = 0,07$ ) (Gráfico 3).

	<b>Período A (2000-2008) n = 108</b>	<b>Período B (2009-2021) n = 470</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Sexo</b>			
Femenino	47 (43,5%)	208 (44,3%)	0,915
Masculino	61 (56,5%)	262 (55,7%)	
<b>Edad al diagnóstico (años)</b>			
Promedio	51,41 ± 1,77	54,54 ± 0,78	0,08
Mediana	55 (19-83)	54 (11-91)	
Por sexo - mediana			
Femenino	41	49,5	0,04
Masculino	61	59	0,4
<b>Localización</b>			
Cabeza y cuello	18 (16,7%)	85 (18,1%)	0,615
Tronco	48 (44,4%)	219 (46,6%)	
Miembro superior	21 (19,4%)	68 (14,5%)	
Miembro inferior	20 (18,5)	97 (20,6%)	
Sin datos	1 (1%)	1 (0,2%)	
<b>Subtipo histológico melanomas invasores</b>	<i>n</i> = 70	<i>n</i> = 287	
MES			0,674
MN	44 (62,9%)	185 (64,5%)	
MAL	6 (8,5%)	24 (8,4%)	
MLM	2 (2,9%)	10 (3,5%)	
MD	2 (2,9%)	5 (1,7%)	
Otros	1 (1,4%)	5 (1,7%)	
NE	7 (10%)	41 (14,3%)	
	8 (11,4%)	17 (5,9%)	
<b>Espesor tumoral</b>			
Melanoma <i>in situ</i>	38 (35%)	183 (39%)	0,51
Melanoma invasor	70 (65%)	287 (61%)	
Melanoma "fino"	79 (73,1%)	308 (65,5%)	0,86
Melanoma "grueso"	27 (25%)	162 (34,5%)	
Espesor no especificado	2 (1,9%)	0 (0%)	
Mediana (rango) (mm)	0,65 (0,25-8)	0,9 (0,2-14)	0,09
<b>Ulceración</b>			
No	92 (85,2%)	429 (91,3%)	0,072
Sí	16 (14,8%)	41 (8,7%)	

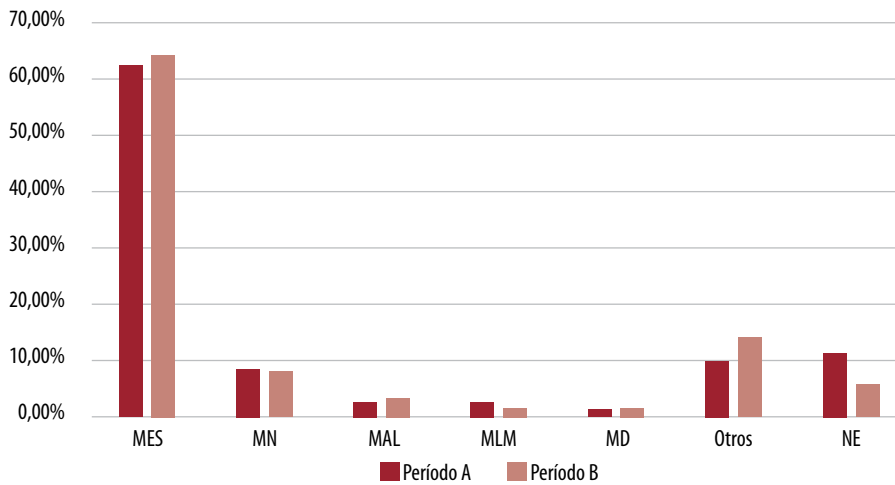
**Tabla:** Características de los melanomas cutáneos diagnosticados en el Servicio de Dermatología del HUA en dos períodos.

MES: melanoma extensivo superficial; MN: melanoma nodular; MAL: melanoma acral lentiginoso; MLM: melanoma lentigo maligno; MD: melanoma dérmico; NE: no especificado.



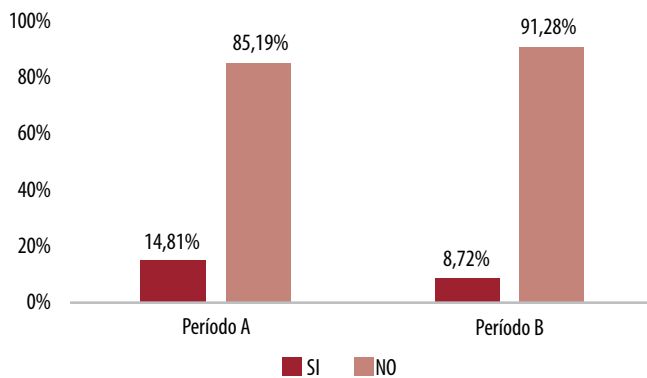
Aclaración: a fin de graficar mejor la distribución se eliminaron los valores del extremo superior.

**Gráfico 1:** Distribución de la variable "espesor tumoral" de melanomas cutáneos invasores.



MES: melanoma extensivo superficial; MN: melanoma nodular; MAL: melanoma acral lentiginoso; MLM: melanoma lentigo maligno; MD: melanoma dérmico; NE: no especificado.

**Gráfico 2:** Subtipos histológicos de melanomas cutáneos invasores por período.



**Gráfico 3:** Proporción de melanomas cutáneos ulcerados por período.

## DISCUSIÓN

En cuanto a las características demográficas, se halló una similitud entre ambos grupos con respecto al sexo y la edad en el momento del diagnóstico del MC. Se observó un leve predominio masculino y se detectó principalmente en la sexta década de la vida en ambos sexos. En una publicación reciente de Canadá, también se observó una mayor prevalencia de melanoma en los varones pero, a diferencia de nuestros datos, allí la media de edad en el momento del diagnóstico fue mayor ( $63,3 \pm 16,5$  años en los hombres y  $60,8 \pm 18,2$  en las mujeres)<sup>12</sup>. En un estudio retrospectivo de los melanomas diagnosticados en el Hospital Universitario Araba (País Vasco, España), la prevalencia del MC fue mayor en los varones que en las mujeres, datos que concuerdan con los de otros países europeos, con una mediana de edad en ambos sexos de 66,1 años<sup>13</sup>. En Montevideo, Uruguay, un estudio comunicó una mediana de edad de 61,2 años, el 50,3% eran de sexo masculino<sup>14</sup>. Estos hallazgos permiten inferir que los pacientes diagnosticados en nuestra institución tienden a ser más jóvenes que lo registrado a nivel mundial, frecuentemente hombres y mayores, que mujeres en el momento del diagnóstico. Estos datos coinciden con el fenómeno de crecimiento demográfico del partido de Pilar, donde se ubica nuestra institución. Si bien no tenemos los datos de los domicilios de todos los pacientes evaluados, la población del partido de Pilar es predominantemente joven y se podría sospechar que esto tendría alguna incidencia en la mayor cantidad de MC en los grupos etarios más jóvenes<sup>15-18</sup>.

Acercas de la localización del tumor primario, la mayor proporción se ubicó en el tronco, seguido de los miembros y, por último, la cabeza y el cuello, en ambos sexos. La misma tendencia se observó en los datos del estudio español mencionado<sup>13</sup>. En Canadá, en los últimos años, se registró un aumento en las tasas de incidencia del MC predominantemente en el tronco y los miembros superiores<sup>12</sup>.

Con respecto a las características histológicas, no encontramos diferencias significativas entre ambos períodos. Entre el 61% y el 65% de los MC diagnosticados fueron invasores. Los melanomas “finos” predominaron sobre los melanomas “gruesos” en ambos grupos. La diferencia en el segundo período fue una disminución aproximada del 50% en el número de

melanomas ulcerados. En el estudio español, la mediana del índice de Breslow fue de 0,79 mm y la presencia de ulceración del 21,2% de los MC, cifras que no difieren mucho de las nuestras<sup>13</sup>. En Montevideo, Uruguay, el estudio de los pacientes con MC atendidos en dos centros de referencia en el período 2008-2017 mostró que solo el 8,6% de los MC fueron *in situ* y que el 50% de los casos presentaron un índice de Breslow mayor de 2 mm. Además, un 42,3% de los MC presentaban ulceración en el momento del diagnóstico<sup>14</sup>. Estos datos difieren significativamente de los registrados en nuestra institución.

Dentro del grupo de melanomas invasores, el subtipo histológico que predominó fue el extensivo superficial, seguido del melanoma nodular, dato que coincide con nuestra bibliografía nacional y el consenso europeo<sup>1,2,19</sup>. Por el contrario, en España se observó una gran proporción del subtipo lentigo maligno, que ocupó el segundo lugar en frecuencia después del melanoma extensivo superficial<sup>13</sup>. En Uruguay, la forma anatomoclínica nodular fue la más frecuente, seguida de la extensiva superficial<sup>14</sup>.

## CONCLUSIONES

No encontramos diferencias epidemiológicas significativas y de las características de los MC entre ambos períodos como cabría esperar, dada la mayor concientización sobre la importancia de la consulta precoz, gracias a la difusión de las campañas de prevención del cáncer de piel y al uso más generalizado de herramientas diagnósticas como la dermatoscopia manual y digital.

Debido a las cifras alarmantes de incremento de los casos de melanoma previstas para las próximas décadas, es indispensable continuar con la recopilación de los datos de los pacientes a nivel nacional y local, en los ámbitos donde nos desempeñemos. Conocer nuestra población de pacientes es fundamental para implementar procesos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento de acuerdo con sus necesidades. Asimismo, la realización de estudios epidemiológicos comparativos en diferentes períodos permitiría detectar las situaciones que requieren cambios o actualizaciones en las estrategias de prevención primaria y secundaria del melanoma cutáneo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Garbe C, Bauer J. Melanoma, en Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. 4ª ed. *Dermatología*. España: Elsevier 2019:1989-2019.
2. Santos R, González A, Casas J, Mazzucco J, et al. Consenso nacional intersociedades sobre melanoma cutáneo. *SAD* 2011. Disponible en: [www.sad.org.ar](http://www.sad.org.ar)
3. Dennis LK. Cumulative sun exposure and melanoma in a population-based case-control study: does sun sensitivity matter? *Cancers (Basel)*. 2022;14:1008.
4. Swetter SM, Thompson JA, Albertini MR, Barker CA, et al. Melanoma: cutaneous. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*. 2022. Disponible en: [NCCN.org](http://NCCN.org)
5. Del Marmol V. Prevention and screening of melanoma in Europe: 20 years of the Euromelanoma campaign. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36 Suppl 6:5-11.
6. Argenziano G, Albertini G, Castagnetti F, De Pace B, et al. Early diagnosis of melanoma: what is the impact of dermoscopy? *Dermatol Ther*. 2012; 25:403-409.
7. Lallas A, Longo C, Manfredini M, Benati E, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of melanoma *in situ*. *JAMA Dermatol*. 2018;154:414-419.
8. Polesie S, Jergéus E, Gillstedt M, Ceder H, et al. Can dermoscopy be used to predict if a melanoma is *in situ* or invasive? *Dermatol Pract Concept*. 2021;11:e2021079.
9. Valdez R, Bonavía P, Busso C, Stringa O. Comparación epidemiológica de los casos de melanoma maligno del Hospital Universitario Austral (HUA) vs. el Registro Argentino de Melanoma Cutáneo (RAMC). *Dermatol Argent*. 2010;16:34-38.
10. Welch HG, Mazer BL, Adamson AS. The rapid rise in cutaneous melanoma diagnoses. *N Engl J Med*. 2021;384:72-79.
11. Campaña Nacional de Prevención del Cáncer de Piel. *Sociedad Argentina de Dermatología*. Disponible en: <https://www.cancerdepiel.org.ar/>
12. Conte S, Ghazawi FM, Le M, Nedjar H, et al. Population-based study detailing cutaneous melanoma incidence and mortality trends in Canada. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:830254.
13. Rosés-Gibert P, Podlipnik S, de la Torre Gomar FJ, Saenz-Aguirre A, et al. Incidence of melanoma in the Basque Province of Álava, Spain, from 2015 to 2018: a descriptive study. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113:178-182.
14. Amarillo D, De Boni D, Nantes F, Tambasco C, et al. Melanoma cutáneo en Uruguay: características clínico-epidemiológicas y sobrevida en cohorte de pacientes de dos centros de referencia en el período 2008-2017. *Rev Med Urug*. 2020;36:146-154.
15. Estadística local de la población del Municipio de Pilar. 2018. Disponible en: <https://www.pilar.gov.ar/estadistica/poblacion/>.
16. Grau-Pérez M, Borrego L, Carretero G, Almeida P, et al. Assessing the effect of environmental and socio-economic factors on skin melanoma incidence: an island-wide spatial study in Gran Canaria (Spain), 2007-2018. *Cancer Causes Control*. 2022;33:1261-1272.
17. Berman-Rosa M, Logan J, Ghazawi FM, Le M, et al. Analysis of geographic and environmental factors and their association with cutaneous melanoma incidence in Canada. *Dermatology*. 2022:1-12.
18. Buja A, Ruge M, De Luca G, Bovo E, et al. Cutaneous melanoma in alpine population: incidence trends and clinicopathological profile. *Curr Oncol*. 2022; 29:2165-2173.
19. Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics: Update 2022. *Eur J Cancer*. 2022;170:236-255.

## DERMATÓLOGOS JÓVENES

### Mitos y verdades. LESIÓN INTRAEPITELIAL VULVAR DE ALTO GRADO

Antonella María Cilio

Médica Residente de Dermatología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



#### ENUNCIADOS

1. El agente etiológico de la lesión intraepitelial vulvar de alto grado (HSIL, por su sigla en inglés) es el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo. La infección persistente confiere un riesgo de progresión al cáncer de vulva invasor.
2. Las lesiones HSIL se caracterizan por su color rosado y siempre son sintomáticas (prurito o dolor).
3. El imiquimod tópico es el tratamiento de primera línea en las mujeres inmunocompetentes con lesiones unifocales.

#### RESOLUCIÓN

1. VERDAD. Los tipos más frecuentes de VPH causantes de HSIL son VPH 16 (77,2%), VPH 33 (10,6%), VPH 18 (2,6%) y VPH 31 (1,2%), llamados VPH de alto riesgo.

La infección persistente y la actividad oncogénica de las proteínas E6 y E7 son cruciales para el desarrollo de HSIL. Los factores de riesgo para la progresión a HSIL son el tabaquismo, la inmunosupresión, los anticonceptivos orales y la terapia de reemplazo hormonal. La HSIL tiene riesgo de progresión al cáncer de vulva invasor, aunque menor que la VIN diferenciada.

2. MITO. La clínica de la HSIL es muy heterogénea, puede ser única o múltiple, plana o sobrelevada, y de diferentes colores (rojo, blanco o pigmentado). El síntoma más frecuente es el prurito. Otros síntomas son dolor, disuria y dispareunia. Es importante destacar que el 50% de las lesiones HSIL son asintomáticas.

3. VERDAD. En los estudios que compararon la respuesta al tratamiento con imiquimod con respecto a la cirugía, se encontró que el primero no era inferior

al tratamiento quirúrgico. En otros ensayos clínicos, se comprobó que el imiquimod es seguro, efectivo y puede considerarse la primera opción para el tratamiento de la HSIL.

Está indicado el imiquimod al 5% 2 o 3 veces por semana durante 12 a 20 semanas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Lebreton M, Carton I, Brousse S, Lavoué V, et al. Vulvar intraepithelial neoplasia: classification, epidemiology, diagnosis, and management. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020; 49:101801.
2. Andía D, Bosch JM, Cararach M, Coronado P, et al. AEPCC-Guía: Neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). *Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia* 2015:1-39.
3. Voss FO, van Beurden M, Jordanova ES. Topical imiquimod as first-line treatment for vulvar intraepithelial neoplasia. *Lancet*. 2022;399:1755-1757.