

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Sede Regional Rosario



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

Trabajo Final

"Conocimiento sobre nevus y cuidado de los mismos y su relación con el melanoma en una población que concurre al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y al Hospital Intendente Carrasco, de la ciudad de Rosario"

Autor: Macarena De Lucca

Tutora: Prof. Dra. Mónica Recarte

E-mail: Maaqiii.delucca@hotmail.com

2014

AGRADECIMIENTOS

Les agradezco por su buena voluntad a todos los pacientes que participaron de este trabajo de investigación.

Le agradezco especialmente a mi tutora Mónica Recarte por la excelente predisposición, por su tiempo, su dedicación y su gran compromiso para con la investigación y especialmente para conmigo.

No quiero olvidarme de agradecer a toda mi familia y amigos.

ÍNDICE

Índice.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Problema.....	7
Objetivos.....	7
Propósito.....	8
Material y Métodos.....	9
Resultados.....	12
Discusión.....	30
Conclusión.....	34
Bibliografía.....	36
Anexo I: Marco Teórico.....	40
Anexo II: Autorización Hospital.....	60
Autorización Sanatorio.....	61
Anexo III: Encuesta	62
Anexo IV: Folleto.....	65

RESUMEN

Objetivo: Analizar el conocimiento, cuidados y controles que tiene la población que concurre al Hospital “Intendente Carrasco” y al Sanatorio “Nuestra Señora del Rosario” acerca de los nevus y el melanoma.

Material y métodos: El estudio fue descriptivo, observacional de tipo transversal. El universo estuvo determinado por 217 personas, de las cuales 104 asistieron al Hospital “Intendente Carrasco” de Rosario y las 113 restante concurren al Sanatorio “Nuestra Señora del Rosario” durante el período comprendido entre el 01-02-2014 y el 10-03-2014.

Resultados: El 92% de la población estudiada admitió tener lunares, de las cuales el 51% refirió tener menos de 10. Las localizaciones predominantes de los mismos fueron, tronco, miembros superiores, y espalda.

El 40% de los encuestados se autoexamina periódicamente la piel, en dónde la mayoría refirió hacerlo con una frecuencia de una vez por año. Solo el 28% de la población estudiada se controla la piel con un médico especialista.

En cuanto a la exposición solar, el 65% refirió no hacerlo. Un 54% del total, toma medidas de protección a esta exposición.

El 30% de la población estudiada conoce lo que es el Melanoma, y de estas un 21% refirió que tuvo este conocimiento por campañas de concientización.

Conclusión: Es importante continuar con campañas de concientización para la población sobre los cuidados de sus lunares, ya que la mayoría de los encuestados no conoce que es el melanoma, tampoco realizan controles periódicos de los mismos con profesionales especialistas. Con respecto a la protección a la hora de tomar sol, en los últimos años se ha avanzado en el tema, pero aún falta mucho camino por recorrer.

Palabras Clave: Nevus, autoexploración de la piel, exposición solar, Melanoma.

INTRODUCCION

El melanoma es un tumor maligno originado por la transformación de melanocitos presentes en diferentes tejidos del organismo. Puede surgir de la piel o mucosas normales; también de lesiones melanocíticas previas. ⁽¹⁾

Se caracteriza por su mal pronóstico, la capacidad de metastizar y de ocasionar la muerte en corto tiempo. ⁽²⁾

Los **nevus melanocíticos atípicos** son muy importantes porque se consideran potenciales precursores histogénicos del melanoma y marcadores de un aumento del riesgo de desarrollarlo, ⁽³⁾ cuanto mayor sea el número de estos que tenga una persona, mayor será el riesgo de melanoma.

En cuanto a los **nevus melanocíticos congénitos gigantes** (NMCG) se ha determinado que el riesgo de desarrollar un melanoma durante los primeros quince años de vida se sitúa alrededor del 6%. La malignización de los NMCG, cuando ocurre, tiene lugar durante los primeros meses-años de la vida. Así, el 70% de los melanomas malignos sobre NMCG aparecen antes de la pubertad, el 60% antes de los 10 años y el 50% antes de los 3 años. ⁽⁴⁾

Amplias investigaciones concuerdan que la exposición a las radiaciones solares es la causa principal de melanomas en personas de piel clara. Esta exposición es peor cuando es intermitente pero intensa, con historia de quemaduras solares sobre todo a temprana edad, ⁽²⁾ se ha comprobado que los niños con mucha exposición solar tienen mayor riesgo de desarrollar nevus melanocíticos, por lo tanto, mayor riesgo de presentar melanoma. ⁽⁵⁾

Cabe aclarar que la mayoría de los melanomas no aparecen sobre nevus, pero la presencia de numerosos nevus hace pensar en el daño solar por rayos ultravioleta y la propensión genética a desarrollarlo. ⁽⁶⁾

Por lo expresado es de suma importancia concientizar y educar a la población sobre los factores de riesgos de la exposición, así como también el valor del examen clínico rutinario de la piel, para detectar señal de peligro en lesiones pigmentadas cutáneas tempranamente.

Es necesario especial vigilancia en las personas con factores de riesgo de aparición de melanoma, pero así mismo sería ideal que las personas conocieran las técnicas de autoexploración y la realizaran periódicamente y ante cualquier duda o sospecha acudir al médico.

La *incidencia del melanoma*, el tipo de cáncer cutáneo de mayor mortalidad, continúa aumentando diariamente, ⁽⁵⁾ aproximadamente un 5% por año, en los últimos 30 años y es el que más rápido ha aumentado en comparación con otros. ⁽⁷⁾ La incidencia de melanoma invasor en Auckland, Nueva Zelanda es la más alta en el mundo y las más bajas se han registrado en las poblaciones asiáticas de China, India y Singapur. ⁽⁸⁾

Actualmente, la posibilidad de desarrollar un melanoma a lo largo de la vida se estima en 1 de cada 70 individuos. Afecta a ambos sexos por igual y aumenta de manera abrupta su incidencia a partir de los 16 y hasta los 50 años. ⁽⁹⁾

En la Argentina existe el “Registro Argentino de Melanoma Cutáneo” (RAMC), apoyado por la Sociedad Argentina de Dermatología y la Fundación del Cáncer de Piel, con más de 4.900 pacientes registrados en el país entre 2002 y 2010. ⁽¹⁰⁾

Se manifiesta preferentemente en personas de piel clara con mayor sensibilidad al sol, pero puede ocurrir en cualquier otro grupo étnico. ⁽¹¹⁾

El desafío principal de los médicos es detectarlo y extirparlo en su estadio más temprano, dado que el espesor tumoral es el factor pronóstico más importante del melanoma cutáneo primario. ⁽¹⁾

El motivo de la elección de éste trabajo es el aumento progresivo en la población del melanoma, especialmente debido a la exposición solar; es sumamente necesario realizar un trabajo mancomunado de concientización y prevención para disminuir el mismo.

El fin que aspiro con ésta investigación es poder informar a las personas que los nevus a veces pueden ser peligrosos e incluso ocasionar la muerte ya que pueden malignizar; que es fundamental realizar un seguimiento de los mismos, conocer el propio cuerpo, aprender a autoexaminarse y realizar control médico periódico.

PROBLEMA:

¿Qué conocimiento, cuidados y controles tiene la población que concurre al Hospital “Intendente Carrasco” y al Sanatorio “Nuestra Señora del Rosario” acerca de los nevus y el melanoma?

Objetivos Generales:

- Evaluar el grado de conocimiento sobre los nevus y analizar los cuidados que llevan a cabo con los mismos, con el fin de prevenir el melanoma, en una población que asiste al Sanatorio “Nuestra Señora del Rosario” y al Hospital “Intendente Carrasco”, de la ciudad de Rosario.

Objetivos específicos:

- Describir las características generales de la población en estudio, tales como sexo, edad y nivel de instrucción (primario, secundario o universitario).
- Establecer si conocen sobre la presencia o no de NEVOS en su piel, cuál es la cantidad y la localización predominante de los mismos.
- De presentar nevus, averiguar si efectúa control de los mismos y si ese control es por medio de autoexamen de la piel o si concurre periódicamente a su médico por dicho motivo.
- Evaluar si han detectado cambios en cuanto a las características de los nevus.
- Analizar el horario de exposición al sol y el uso de protector solar.
- Establecer si conocen sobre el MELANOMA y especificar cómo se obtuvo el conocimiento, si fue por antecedentes familiares o personales, por medio de campañas de concientización, si estudio o leyó sobre el tema, o si fue por otro medio.
- Estimar el grado de conocimiento de la población encuestada, comparando el sector público con el privado.

PROPOSITO:

Esta investigación pretende concientizar a la población en cuanto a la importancia del control de los nevos para prevenir el melanoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de tipo transversal.

La población investigada está constituida por una muestra de 217 personas, de las cuales 104 asistieron al Hospital “Intendente Carrasco” de Rosario y las 113 restante concurren al Sanatorio “Nuestra Señora del Rosario” durante el período comprendido entre el 01-02-2014 y el 10-03-2014.

Se solicitó autorización a autoridades del Hospital Intendente Carrasco y del Sanatorio “Nuestra Señora del Rosario” para realizar las encuestas en esas instituciones. **(Anexo II)**

Los datos fueron recolectados por medio de encuestas, no validadas, realizadas a las personas que asistieron a los efectores mencionados. **(Anexo III)**. Al finalizar la misma se les entregó un folleto ilustrativo sobre el tema. **(Anexo IV)**

El proyecto se ajustó a los términos de la Ley 26.529- Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud. Se realizó respetando la autonomía y autodeterminación de los sujetos a estudiar, teniendo como premisa el consentimiento informado, para lo cual quedó explícito el derecho de no participar en la investigación y del anonimato.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- ✚ Personas mayores de 18 años.
- ✚ Asistir al Hospital “Intendente G. Carrasco” o al Sanatorio “Nuestra Señora del Rosario”
- ✚ Voluntad de participar en la investigación.

Durante el desarrollo del trabajo se analizaron las siguientes variables:

- ✚ Edad (menores de 20, de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, mayores de 70 años)
- ✚ Sexo (masculino o femenino)
- ✚ Grado de instrucción (primarios, secundarios, terciario y universitarios)
- ✚ Conocimiento sobre la presencia de lunares, la cantidad de lunares aproximados que presenta (menos de 10, entre 10 y 25, más de 25) y localización predominante de los mismos (tronco, espalda, miembros superiores, miembros inferiores).
- ✚ Evaluar si se examina periódicamente la piel, de ser afirmativo con que frecuencia se hace (una vez al mes, cada 6 meses, una vez al año).
- ✚ Establecer si ha notado algún cambio en las características de sus lunares (simetría, bordes, color, diámetro).
- ✚ Constatar si consulta al Dermatólogo periódicamente como forma de prevención.
- ✚ Evaluar si se expone al sol durante las 10 am. y 5 pm.
- ✚ Concluir si usa protección adecuada cuando se expone a los rayos solares.
- ✚ Conocimiento sobre el Melanoma y como llegó a tener ese conocimiento (antecedentes personales, antecedentes familiares, campañas de concientización, estudió sobre el tema, u otros)

Procesamiento de los datos

Los datos obtenidos se volcarán en una base de datos de Microsoft Excel y se tabularán para su presentación.

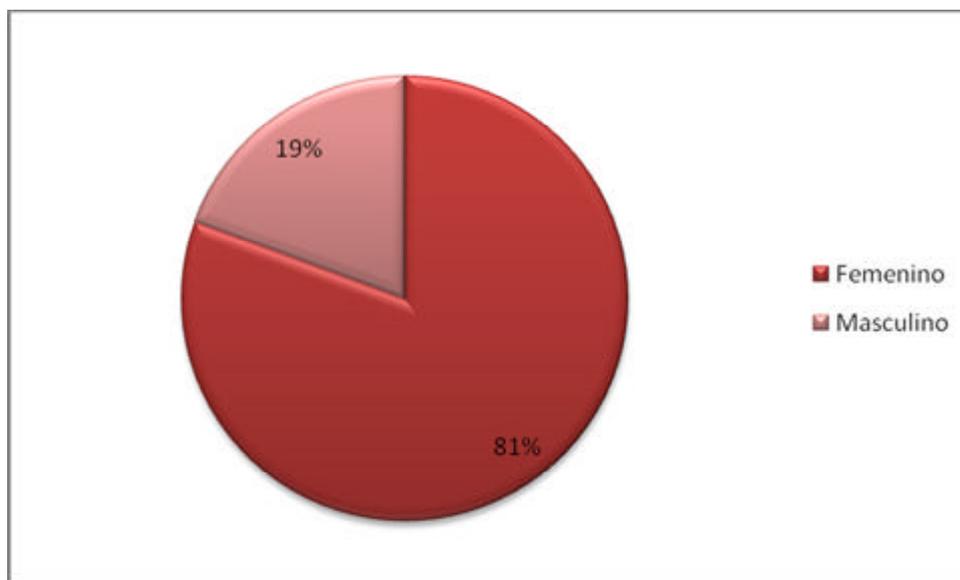
Se realizó una distribución de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas estudiadas y se confeccionaron tablas y gráficos de sectores para estudiar las características de todos los encuestados, y de barras para observar las características de los encuestados separándolos según el centro donde concurren.

RESULTADOS

Análisis descriptivo:

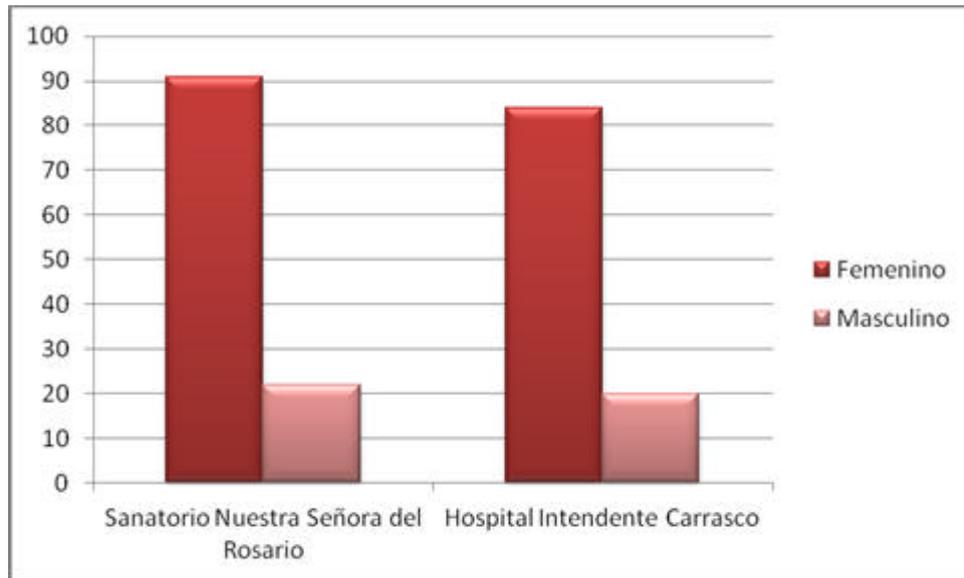
Se encuestaron 217 personas que concurren al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y al Hospital Intendente Carrasco, de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe para estudiar los conocimientos, cuidados y controles que tiene la población acerca de los nevus y el melanoma. De las 217 personas, 113 concurren al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, y los 104 restantes al Hospital Intendente Carrasco.

Gráfico I – Sexo



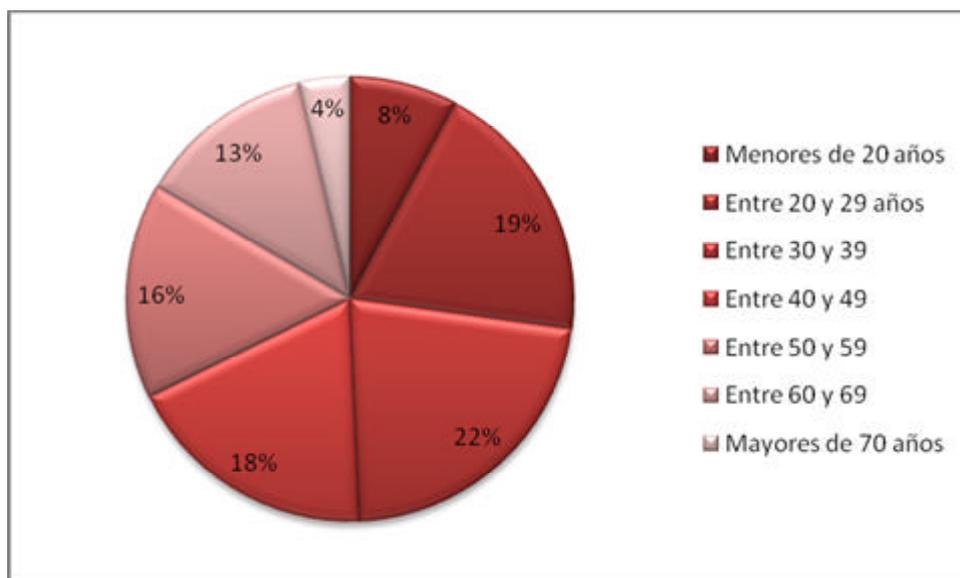
De los 217 encuestados, el 81% son de sexo femenino y el 19% masculino.

Gráfico II – Sexo según Nosocomio



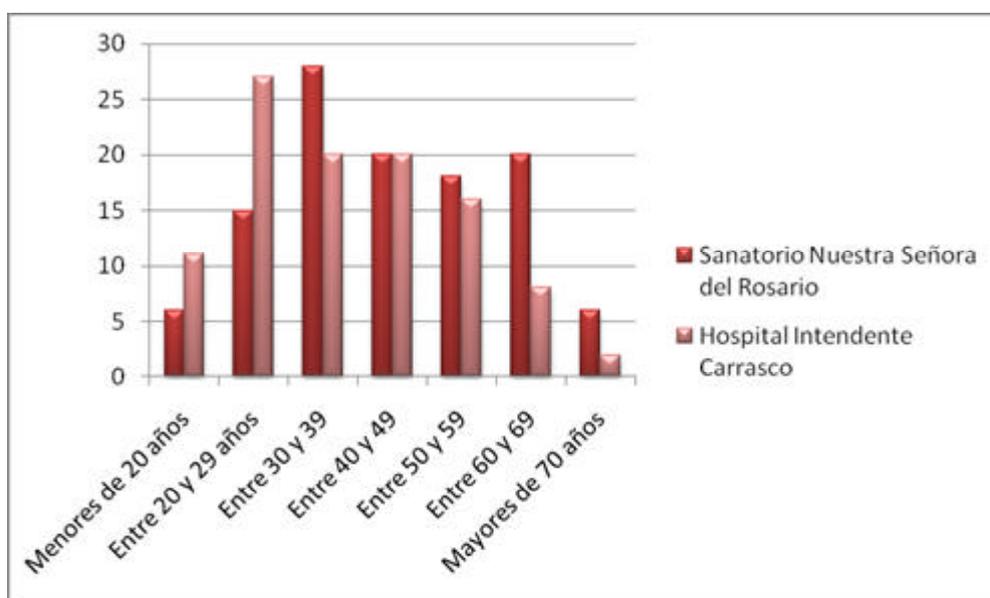
Observando el gráfico podemos decir que la mayor cantidad de encuestados es de sexo femenino sin importar a que nosocomio concurren.

Gráfico III – Edad



De los 217 encuestados, el 4% son mayores de 70 años, el 8% tienen menos de 20 años, el 13% comprenden un rango etario entre 60 y 69 años, el 16% entre 50 y 59, el 18% entre 40 y 49, el 18% entre 40 y 49, el 19% entre 20 y 29, y el 22% tienen entre 30 y 39 años.

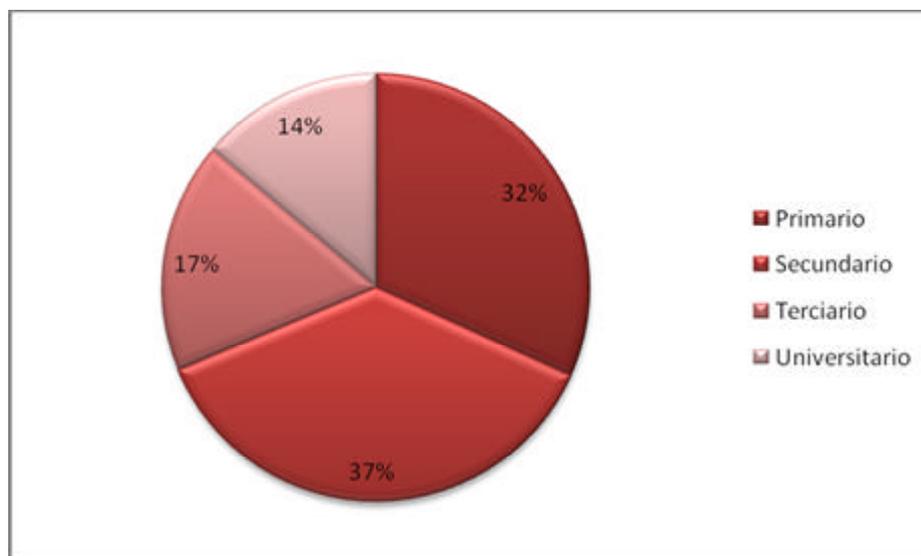
Gráfico IV – Edad según Nosocomio



A través de este gráfico se evidencia que la mayor cantidad de encuestados que concurren al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario tienen entre 30 y 39

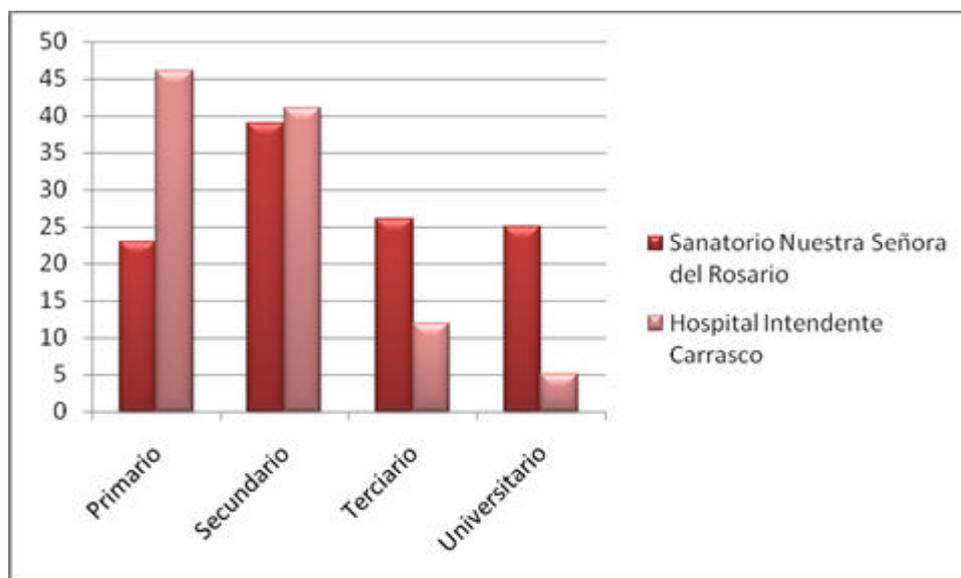
años, mientras que la edad de aquellas personas que concurren al hospital Intendente Carrasco tienen entre 20 y 29 años.

Gráfico V – Nivel de Instrucción



De los 217 encuestados, el 14% tiene estudio universitario, el 17% terciario, el 32% solo tiene el primario, y el 37% tiene título secundario.

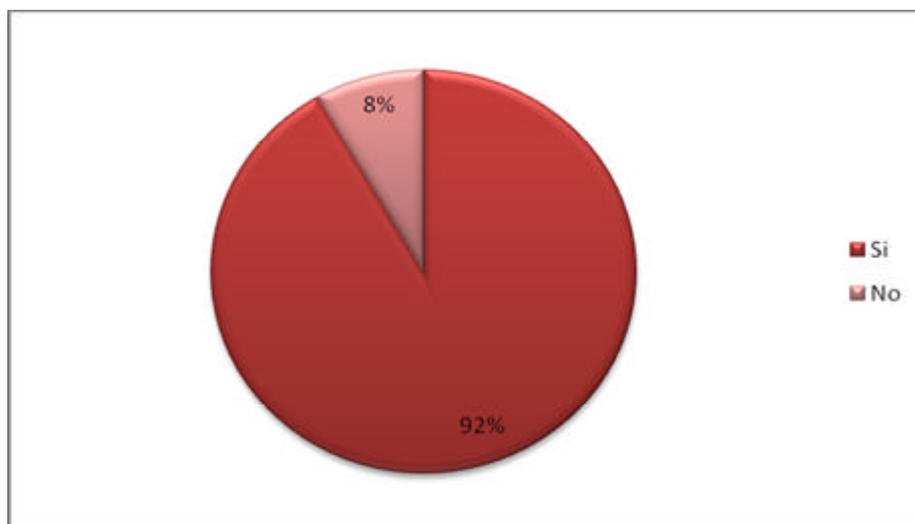
Gráfico VI – Nivel de Instrucción según Nosocomio



Observando el gráfico vemos que la mayor cantidad que concurren al Hospital Intendente Carrasco solamente tiene un nivel de instrucción primario, mientras

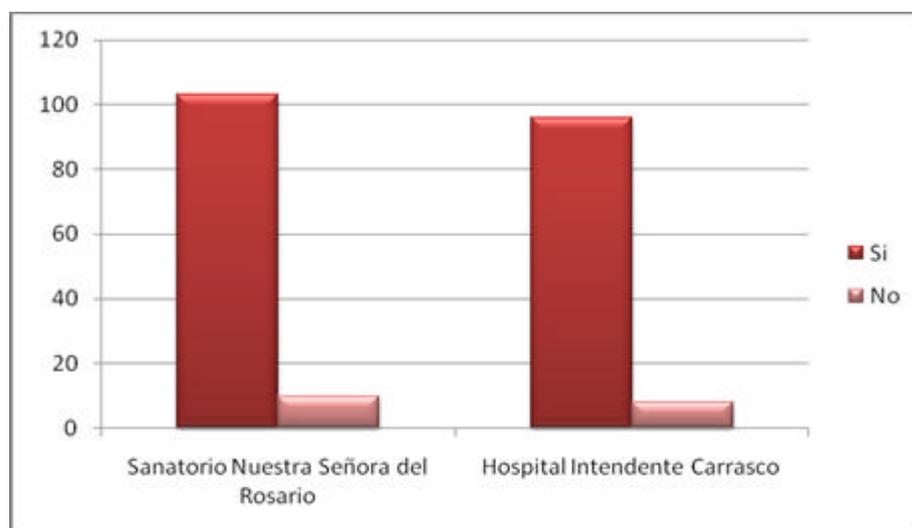
que la mayor cantidad de personas que concurren al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario tienen secundario.

Gráfico VII – ¿Sabe si tiene lunares?



De los 217 encuestados, el 8% no sabe si tiene lunares, mientras que el 92% si sabe si tiene los mismos.

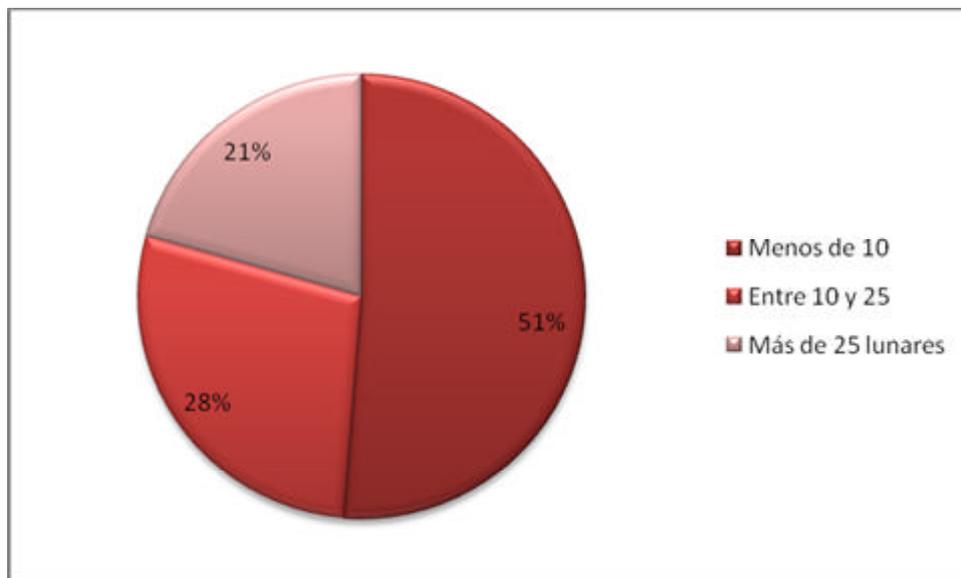
Gráfico VIII – Conoce si tiene lunar según Nosocomio



No existe diferencia en esta variable entre los encuestados de ambas instituciones.

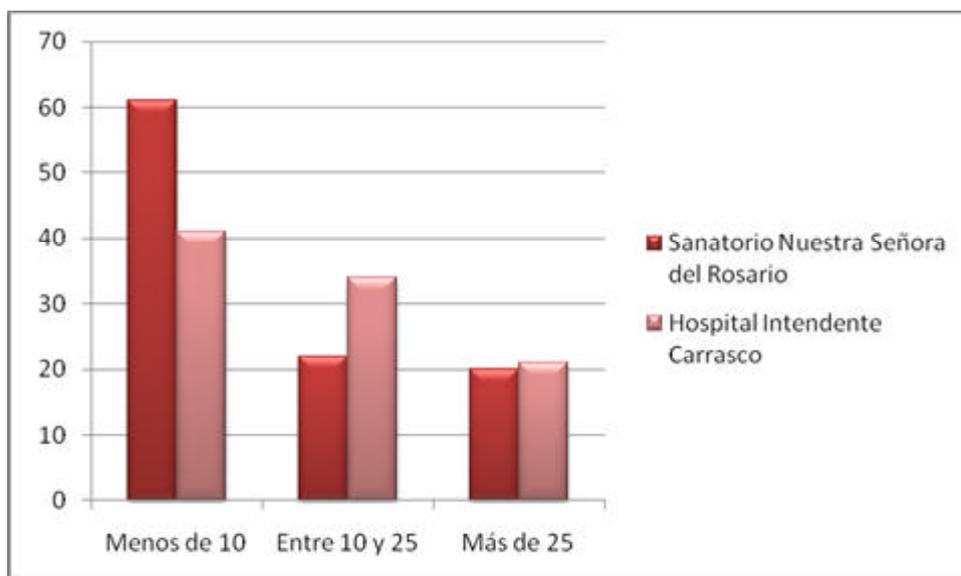
Se estudiarán ciertas características de los 199 encuestados que si saben si tienen lunares.

Gráfico IX – ¿Cuántos lunares tiene?



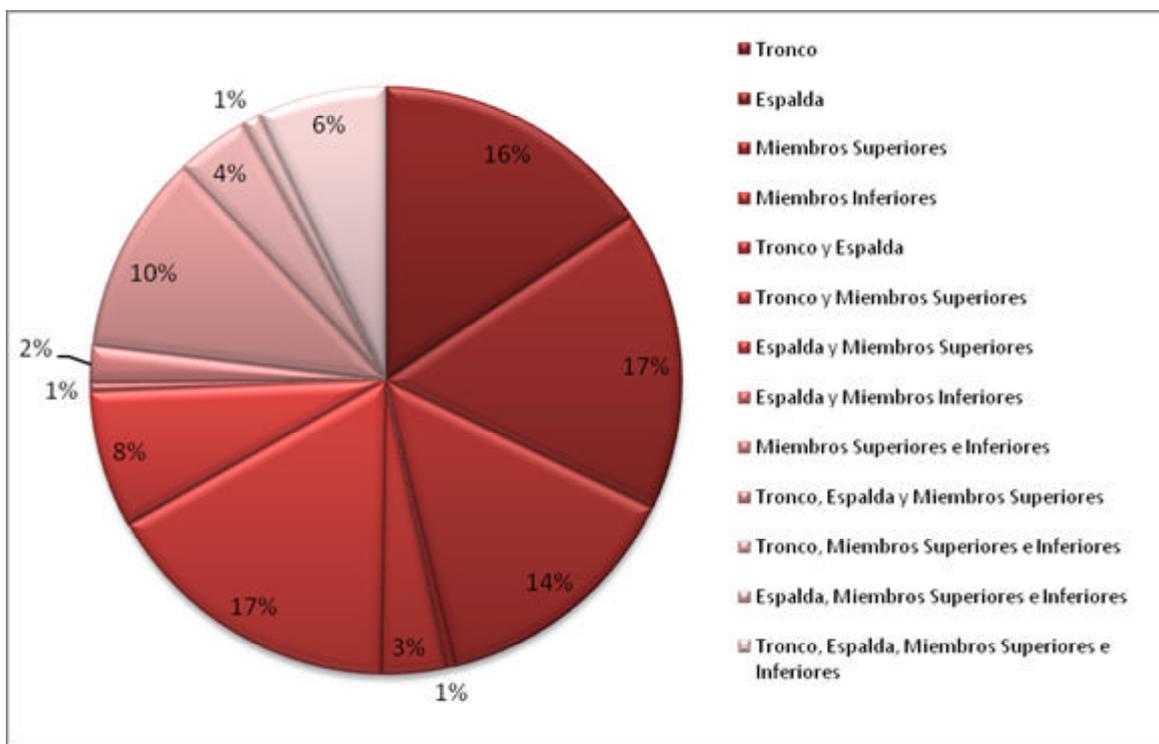
De los 199 encuestados que saben si tienen lunares, el 21% tiene más de 25 lunares, el 28% entre 10 y 25, y el 51% contestó tener menos de 10 lunares.

Gráfico X – Cantidad de lunares según Nosocomio



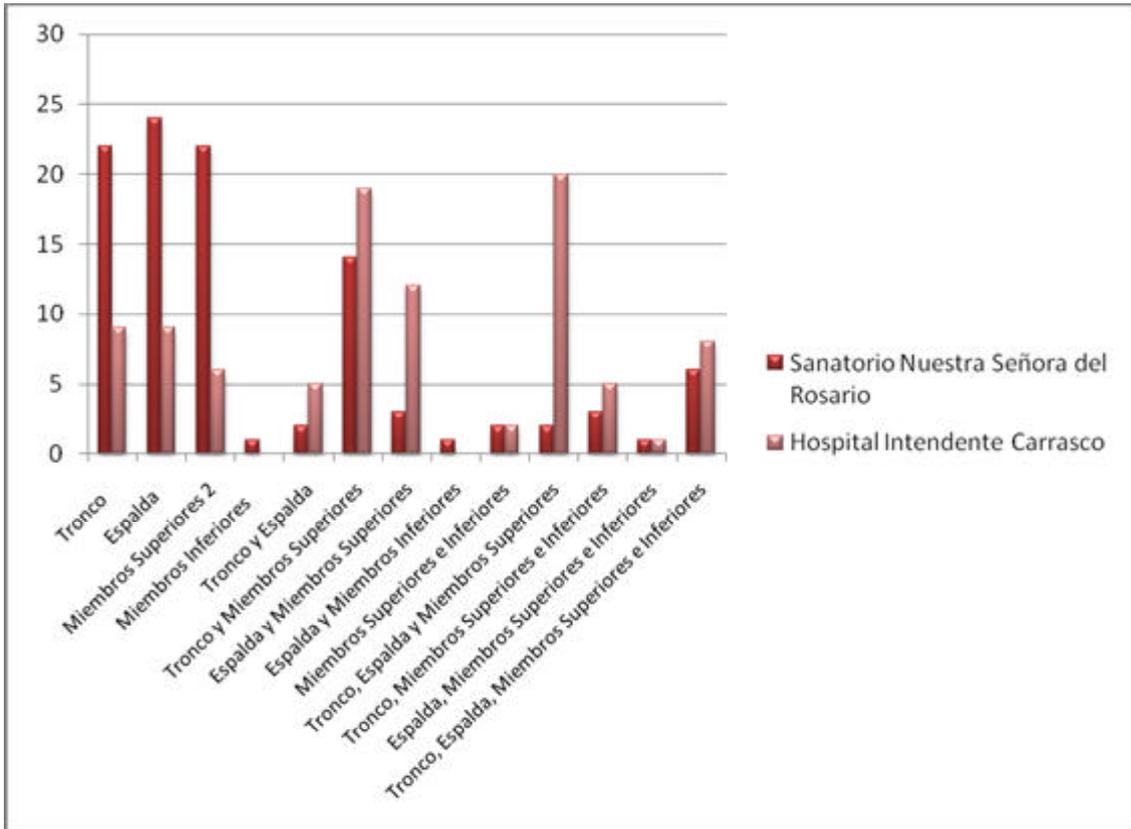
Según el gráfico la mayor cantidad de personas encuestadas tienen menos de 10 lunares sin importar el nosocomio.

Gráfico XI – Localización predominante de los lunares



De los 199 encuestados que saben si tienen lunares, el 1% contestó tenerlos en la espalda y miembros superiores e inferiores, otro 1% respondió tenerlos en la espalda y miembros inferiores, y otro 1% solo en los miembros inferiores, un 2% respondió tener los lunares en los miembros superiores e inferiores, el 3% en tronco y espalda, el 4% en el tronco y miembros superiores e inferiores, el 6% dijo tenerlos en tronco, espalda, miembros superiores e inferiores, el 8% contestó tenerlos en espalda y miembros superiores, el 10% los tiene en el tronco, espalda y miembros superiores, el 14% contestó tenerlos todos los miembros superiores, el 16% dijo tenerlos en el tronco, el 17% contestó tenerlos en el tronco y miembros superiores, y otro 17% contestó tenerlos en la espalda.

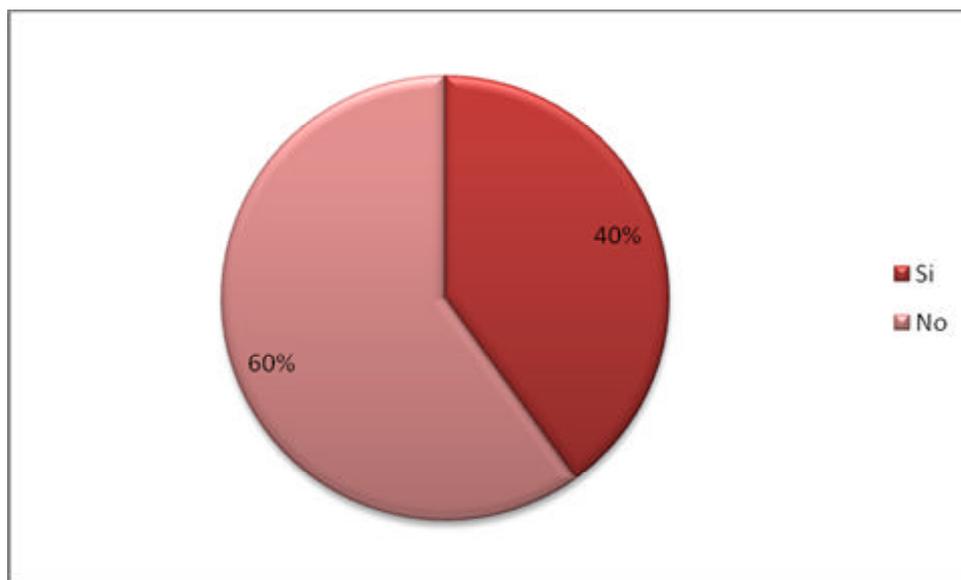
Gráfico XII – Localización predominante según Nosocomio



Observando el gráfico se ve que la mayor cantidad de personas que se atienden en el Sanatorio Nuestra Señora del Rosario dicen tener la mayor cantidad de lunares en la espalda, mientras que la mayor cantidad de pacientes que concurren al Hospital Intendente Carrasco dicen que el lugar predominante donde tiene lunares es en el tronco, en la espalda y en los miembros superiores.

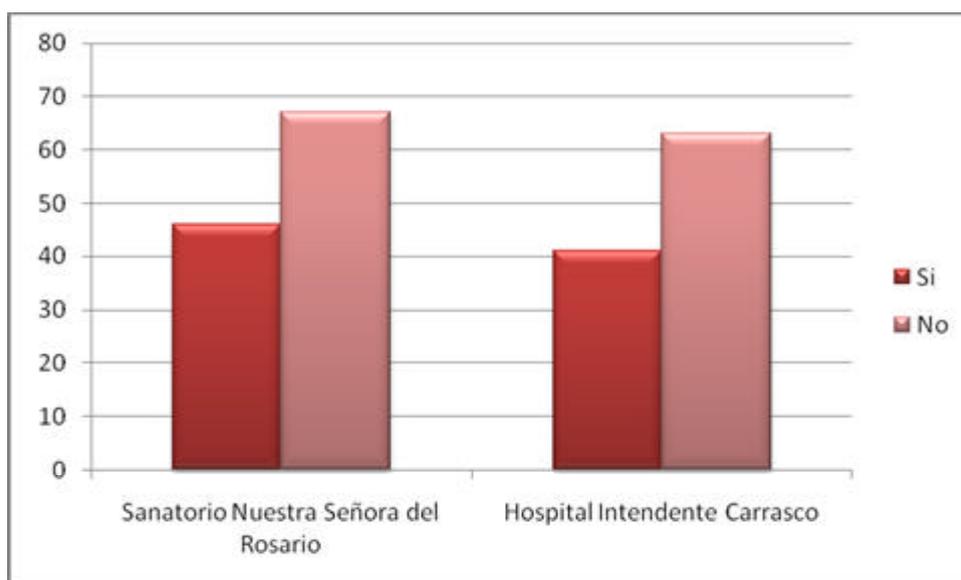
En esta etapa se estudiarán características de los 217 encuestados que concurren al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y al Hospital Intendente Carrasco de la Ciudad de Rosario.

Gráfico XIII – ¿Se examina periódicamente la piel?



De los 217 encuestados, el 40% contestó que se examina periódicamente la piel, y el 60% contestó que no lo hace.

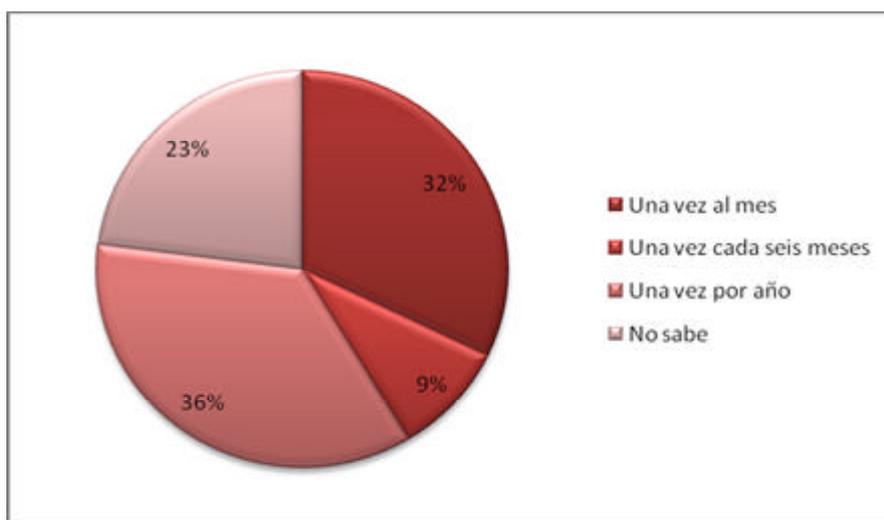
Gráfico XIV – Se examina periódicamente la piel según Nosocomio



Según este gráfico vemos que la mayor cantidad de encuestados no se examinan periódicamente la piel, sin importar a que establecimiento concurren.

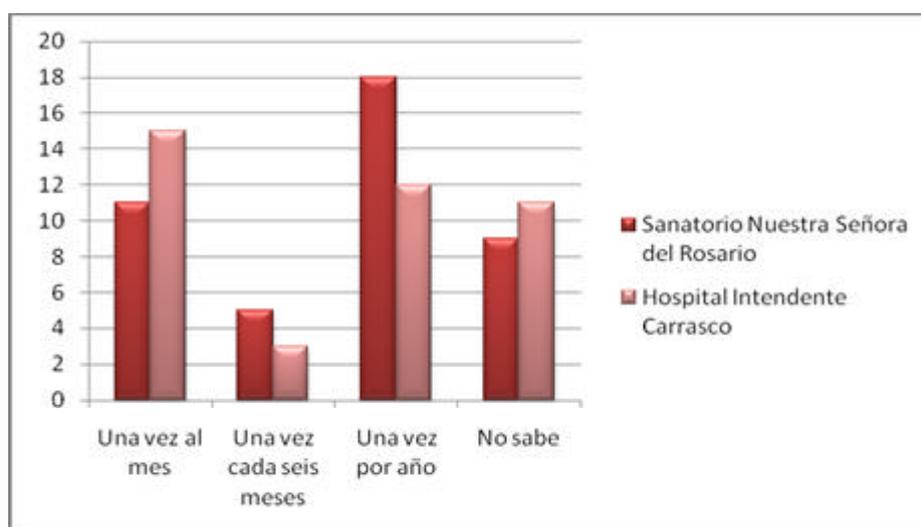
De las 87 personas que se examinan periódicamente la piel, examinaremos con qué frecuencia lo hacen.

Gráfico XV – ¿Con qué frecuencia se examina la piel?



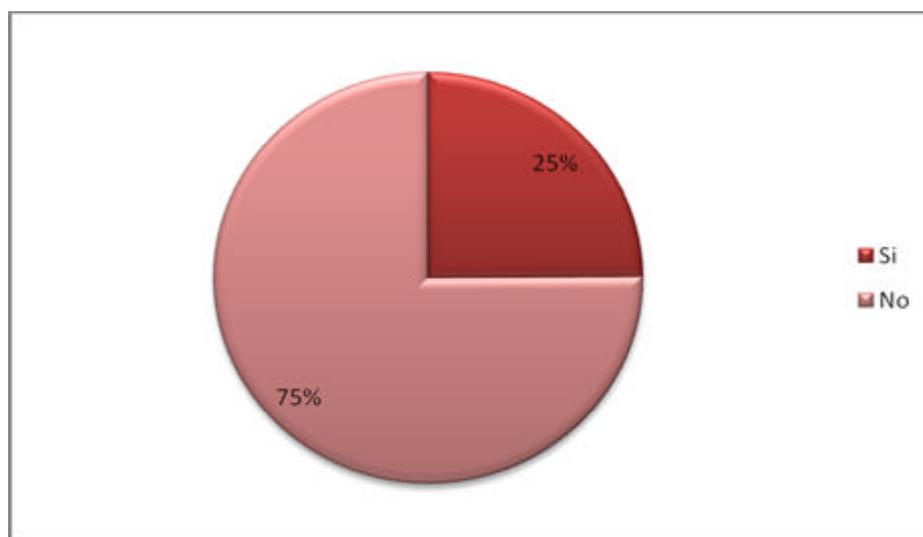
De las 87 personas que se examinan periódicamente la piel, el 9% lo hace una vez cada seis meses, el 23% no sabe la frecuencia con la que la examina, el 32% se la examina una vez al mes, y el 36% lo hace una vez por año.

Gráfico XVI – Frecuencia con la que se examina la piel según Nosocomio



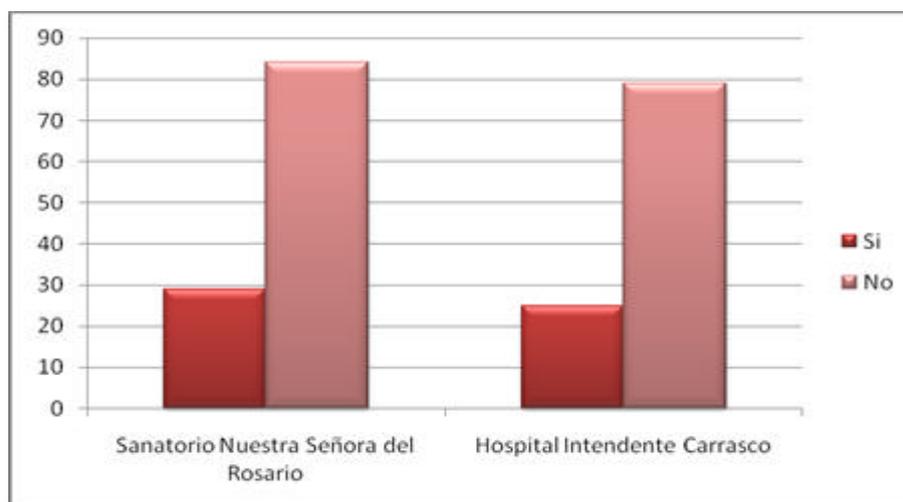
Según el gráfico la mayor cantidad de pacientes que asisten al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario se examina la piel una vez por año, mientras que la mayor cantidad de pacientes que concurren al Hospital Intendente Carrasco se examina la piel una vez al mes.

Gráfico XVII – ¿Alguna vez notó cambios en las características de sus lunares?



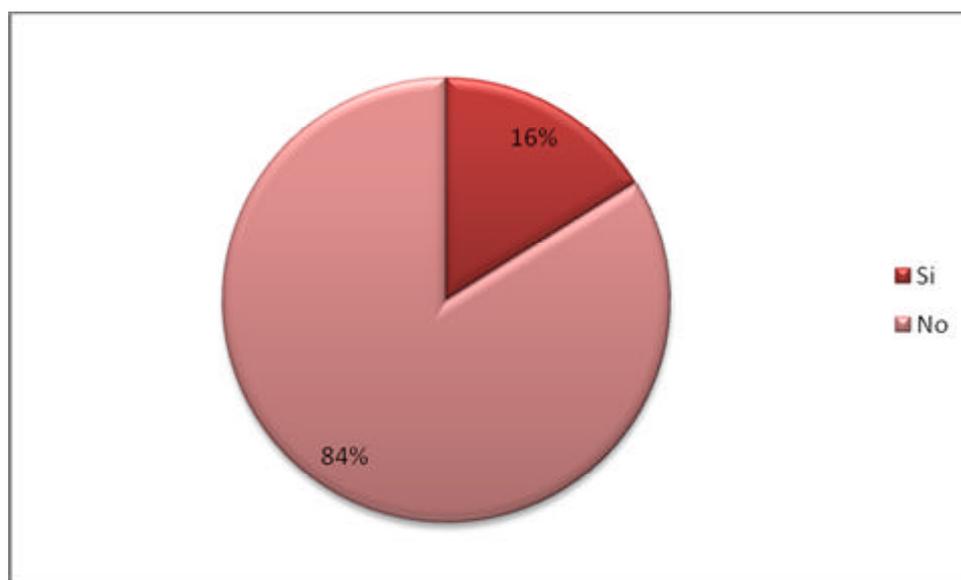
De los 217 encuestados, solo el 25% notó cambios en las características de sus lunares, mientras que el 75% no.

Gráfico XVIII – Noto cambio en sus lunares según Nosocomio



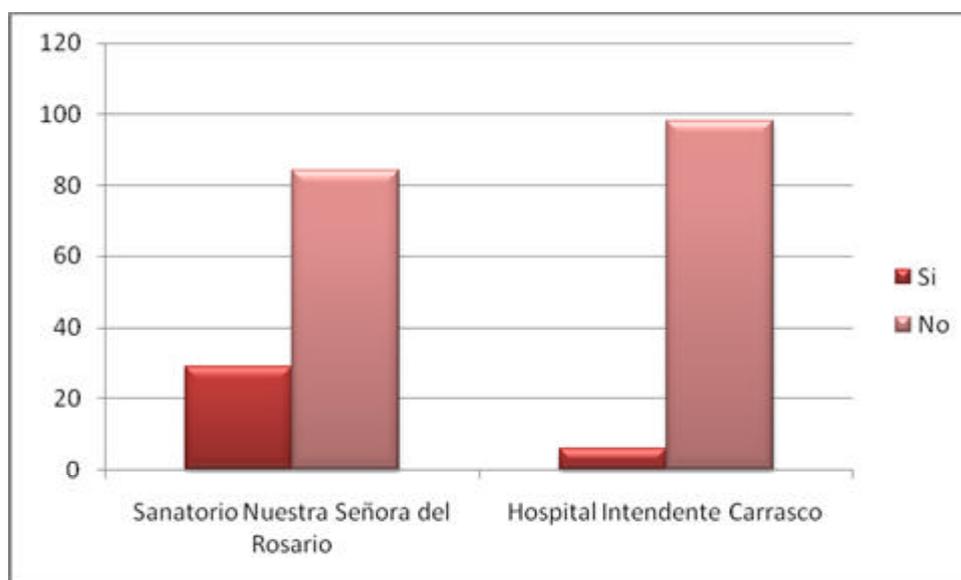
Observando el gráfico la mayor cantidad de pacientes no han notado cambios en sus lunares sin importar a que nosocomio asisten.

Gráfico XIX – ¿Alguna vez consultó a su médico por presentar alteración en algún lunar?



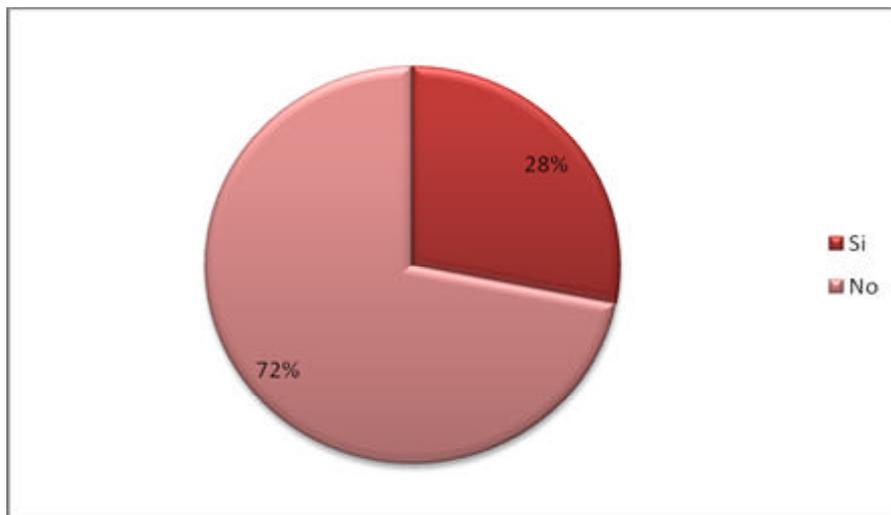
De los 217 encuestados, solamente el 16% consultó a su médico por presentar alguna alteración en algún lugar, en cambio, el 84% restante no consultó.

Gráfico XX – Consultó a su médico por alguna alteración según Nosocomio



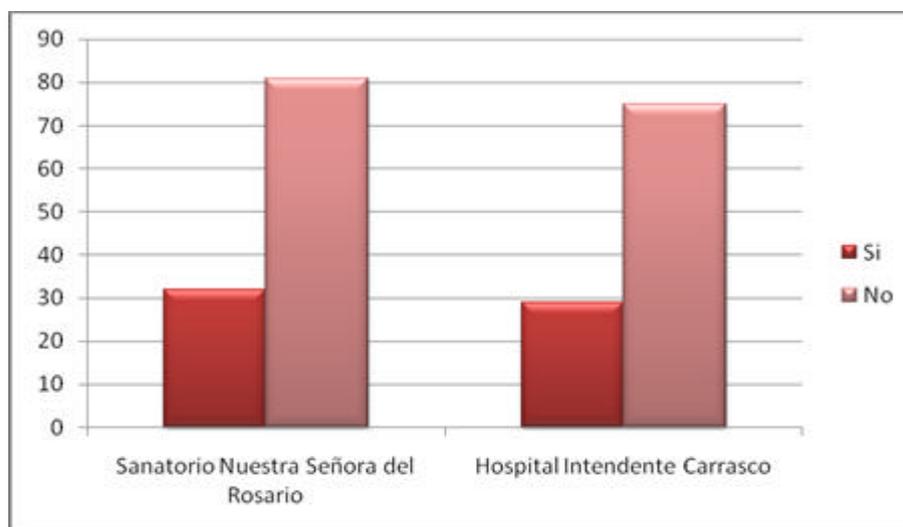
A través de este gráfico se evidencia que la mayor cantidad de pacientes no han consultado a su médico por alguna alteración en sus lunares sin importar a que nosocomio asisten.

Gráfico XXI – ¿Se controla periódicamente con un especialista (dermatólogo)?



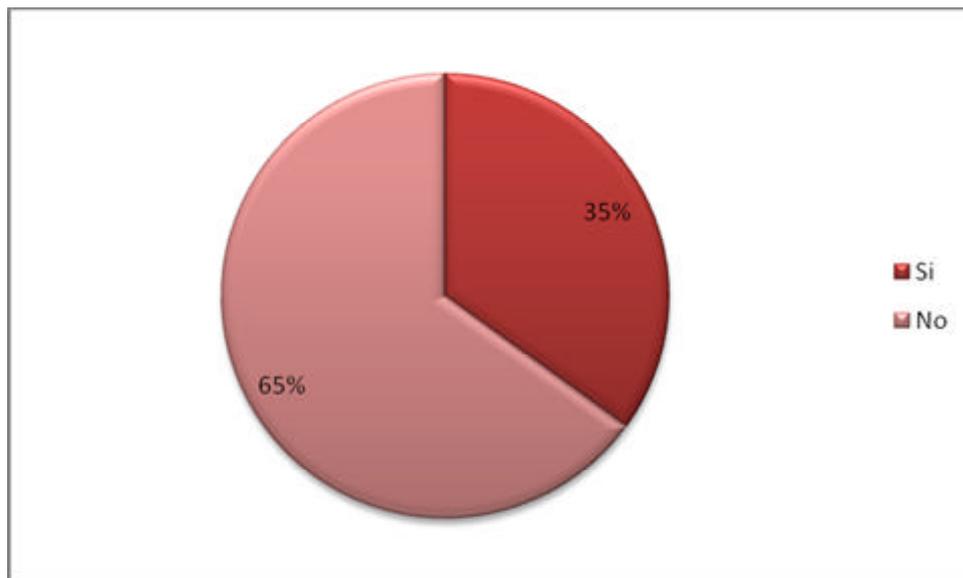
De los 217 encuestados, el 28% se controla periódicamente con un especialista, mientras que el 72% restante no lo hace.

Gráfico XXII – Se controla periódicamente por un especialista según Nosocomio



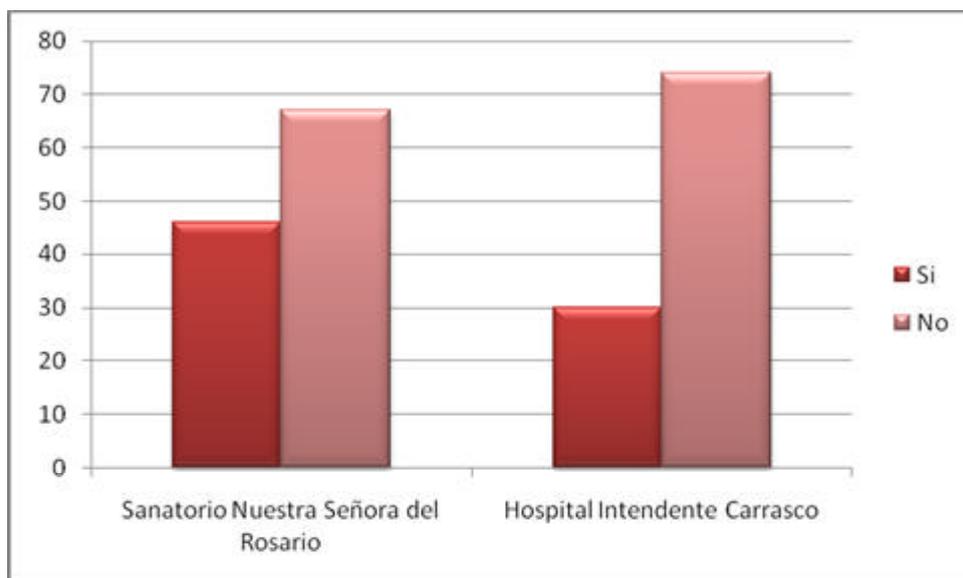
Según este gráfico la mayor cantidad de las personas encuestadas no se controla periódicamente por un especialista (dermatólogo) sin importar a que centro de salud concurren.

Gráfico XXIII – ¿Se expone al sol entre las 10 am y 5 pm?



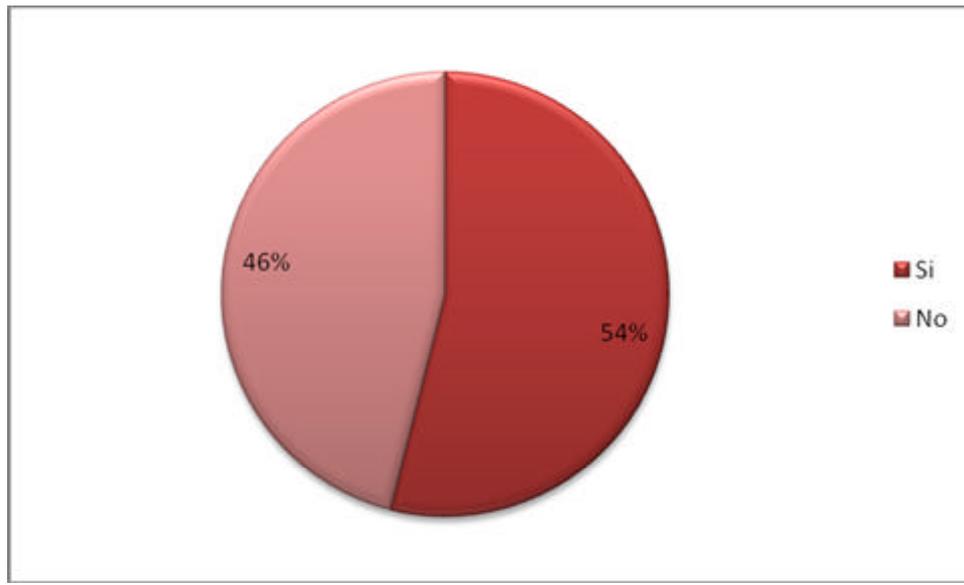
De los 217 encuestados, el 35% se expone al sol entre las 10 am y 5 pm, en cambio, el 65% restante no lo hace en ese horario.

Gráfico XXIV – Exposición al sol entre las 10 am y 5 pm según Nosocomio



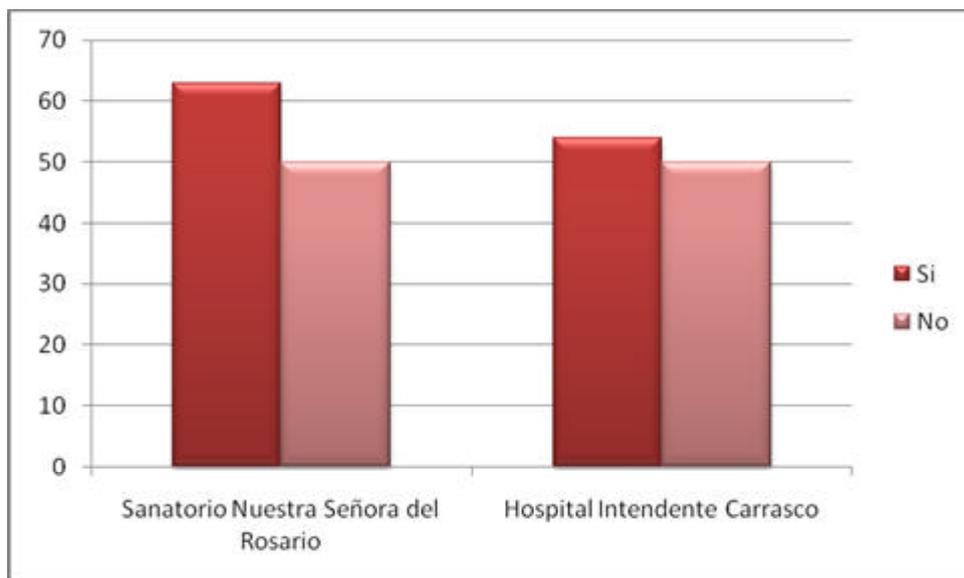
Observando el gráfico podemos decir que la mayor cantidad de personas no se exponen al sol entre las 10am y 5pm, sin importar a que centro asisten.

Gráfico XXV – Cuando se expone al sol, ¿se coloca protección?



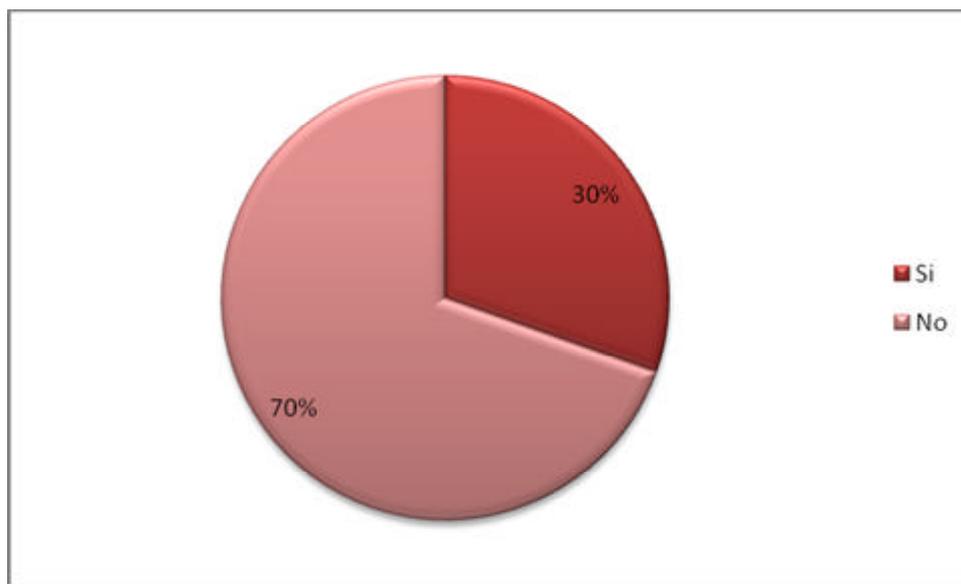
De los 217 encuestados, el 54% se coloca protección cuando se expone al sol, mientras que el 46% no lo hace.

Gráfico XXVI – Cuando se expone al sol, se coloca protección según Nosocomio



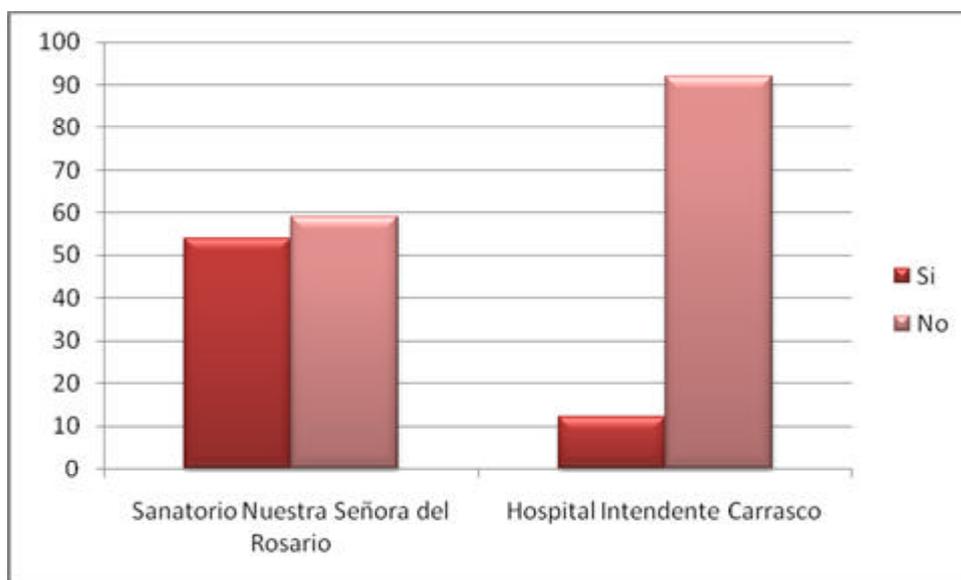
A través del gráfico podemos decir que la mayor cantidad de personas, cuando se expone al sol se coloca protección, sin importar si asiste al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario o al Hospital Intendente Carrasco.

Gráfico XXVII – ¿Conoce que es el melanoma?



De los 217, solamente el 30% conoce que es el melanoma, mientras que el 70% restante lo desconoce.

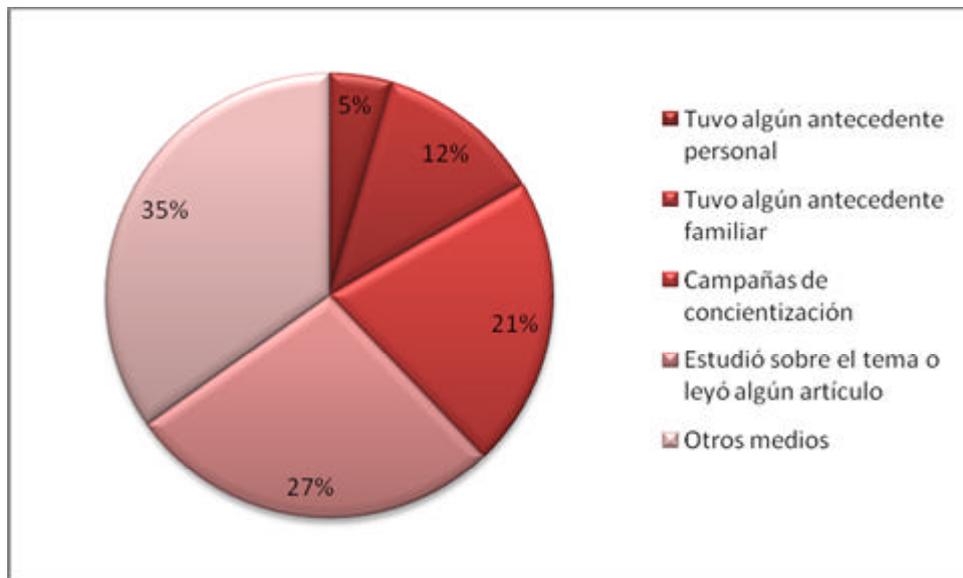
Gráfico XXVIII – Conocimiento del melanoma según Nosocomio



Observando el gráfico podemos decir que la mayor cantidad de personas que concurra al Hospital Intendente Carrasco no tienen conocimiento sobre el melanoma.

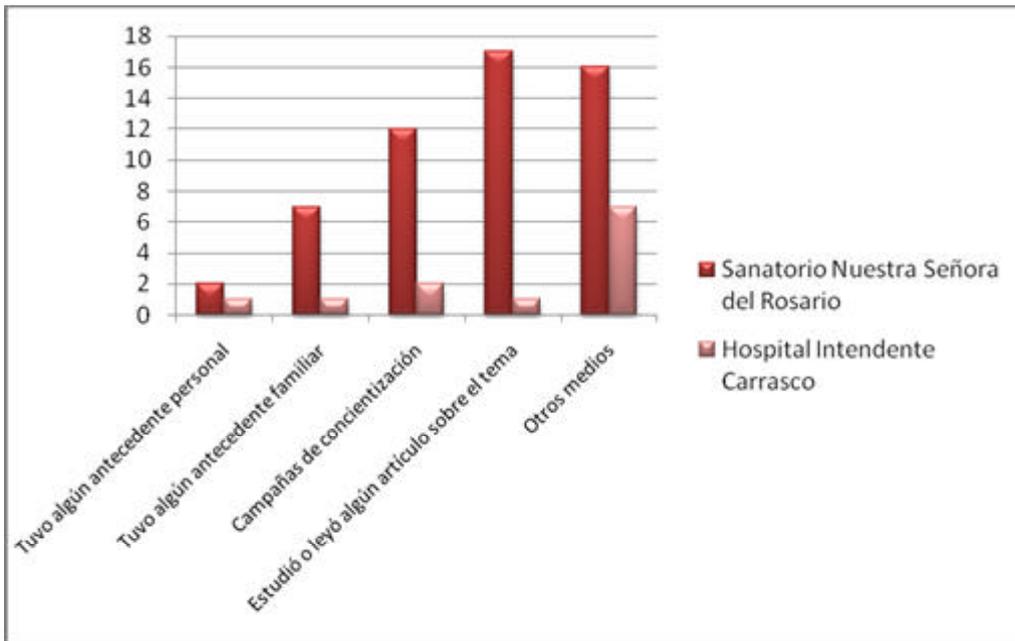
Estudiaremos de aquellos 66 pacientes que conocen que es el melanoma, donde adquirió tal conocimiento.

Gráfico XXIX – ¿Dónde adquirió tal conocimiento?



De los 66 pacientes que conocen que es el melanoma, el 5% adquirió tal conocimiento ya que tuvo algún antecedente personal, el 12% lo adquirió por tener algún antecedente familiar, el 21% a través de campañas de concientización, el 27% ya que estudió sobre el tema o leyó algún artículo, y el 35% conoce sobre el tema por otros medios no mencionados anteriormente.

Gráfico XXX – Donde adquirió tal conocimiento según Nosocomio



A través del gráfico podemos decir que la mayor cantidad de personas encuestadas que conocen sobre el melanoma adquirieron este conocimiento a través de otros medios no especificados en este trabajo, sin importar a que centro de salud asisten.

DISCUSIÓN

Entre el 1% y 2% de la población nace ya con uno o más nevos que pueden variar de tamaño, color y forma.

De estas lesiones algunas pueden malignizarse. ⁽¹²⁾

Numerosos trabajos ^(2, 13, 14, 15, 16) realizados en distintas partes del mundo, destacan el aumento en la incidencia del Melanoma, por esta razón he decidido realizar esta investigación, que tiene como finalidad analizar el grado de conocimiento y cuidados de los nevos que tiene la población para prevenir esta enfermedad.

No he encontrado trabajos de investigación sobre el conocimiento de los pacientes respecto al cuidado de los nevos.

Se realizaron encuestas a una totalidad de 217 personas, 113 corresponden al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y 104 restantes al Hospital Intendente Carrasco, de las cuales el 81% es de sexo femenino y 19% masculinos.

No existe ninguna regla para prevenir la aparición de nevos, pero para diagnosticar precozmente la transformación de estos a melanoma, se debe autoexaminar la piel y ante alguna alteración consultar al médico especialista.

La técnica de autoexamen periódica de la piel llevada a cabo por la persona es recomendada por numerosas entidades como "American Cancer Society" ⁽¹⁷⁾ y la "American Academy of Dermatology". ⁽¹⁸⁾

De los encuestados, 60% nunca realizó un examen de su piel, mientras que solo el 40% reconoció que sí, de estos la frecuencia con la que se lleva a cabo es de 36 % una vez al año, 32% una vez al mes, 9% una vez cada 6 meses y 23% no sabe.

En el 2004, en 12 ciudades de Perú, se realizó una Campaña de Educación, Detección y Prevención del Cáncer de Piel y Melanoma conocida como el "Día del Lunar", organizada por el Círculo Dermatológico del Perú, en donde se

atendieron a 6.055 personas. Para medir el grado de conocimiento de los participantes se les entregó un cuestionario autoadministrado sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre cáncer de piel y cuidado de la piel. Ante la pregunta de la frecuencia con que las personas se miraban detenidamente los lunares, a diferencia de mi trabajo, 39% respondió que nunca lo había hecho, mientras que 25% refirió hacerlo una vez al mes, 9% lo hacía cada 6 meses e igual proporción una vez al año y 18% no recordaba con qué frecuencia lo hacía. ⁽¹⁹⁾

Es importante reconocer la presencia de lunares y la cantidad de los mismos, en el autoexamen, debido a que ambos son factores de riesgo para el melanoma.

El 92% de los encuestados en este trabajo sabían de la presencia de nevus, no habiendo diferencias significativas entre los encuestados de los dos nosocomios.

En cuanto a la cantidad de lesiones el 51% estimó tener menos de 10, el 28% entre 10 y 25 y el 21% en más de 25.

La localización de estos, fue predominante en tronco, miembro superior y espalda.

Si se detecta algún cambio en la piel, es fundamental que se realice la consulta temprana. En este trabajo el 25% de los pacientes notó cambio en las características de sus lunares. Y solo el 16% consultó al médico por presentar dicha alteración, mientras que el 84% no consultaron.

El control periódico con un especialista dermatólogo también es un medio prevención, y ha sido asociado a la detección de Cánceres con un menor espesor (Carli and Co., "Dermatologist detection and Skin Self Examination are Associated with thinner Melanoma"), ⁽²⁰⁾ (StrategieS for early detection of cutaneous melanoma). ⁽¹⁶⁾

Del total de los encuestados, el 72% no se controla periódicamente la piel con un médico especialista, mientras que solo el 28% admitió que si realiza el control. No encontrándose grandes diferencias entre las dos instituciones.

En comparación con un estudio realizado a 275 personas acerca del “Conocimiento sobre Melanoma y prácticas de protección frente al sol en pacientes del Hospital Cullen de Santa Fe, Argentina” ⁽²⁾ se registró un bajo nivel de consultas en portadores de lunares, ya que el 80,4% nunca consulto y sólo 8,7% ha consultado alguna vez por sus lunares, obteniendo resultados similares a mi trabajo.

Amplias investigaciones ^(2, 21, 22, 23) concuerdan que la exposición a las radiaciones solares es la causa principal de melanomas en personas de piel clara. Esta exposición es peor cuando es intermitente pero intensa, ⁽²⁾ se ha comprobado que los niños con mucha exposición solar tienen mayor riesgo de desarrollar nevos melanocíticos, por lo tanto, mayor riesgo de presentar melanoma. ⁽⁵⁾

La sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) realizó una “Encuesta sobre conocimiento de la población acerca del melanoma”, del análisis de los resultados de esta encuesta se destaca que las tres cuarta partes de los que participaron aseguraron saber que el cáncer de piel se debe a un exceso de exposición solar. ⁽²⁴⁾

De los encuestados en mi trabajo, el 35% afirmó tener hábitos de exponerse al sol entre las 10am y 5pm.

El 46% reconoció que no se protege correctamente contra la radiación ultravioleta, y el 54% expresó utilizar protección solar.

Del total de los encuestados, se evidenció que solo el 30 % conoce el Melanoma, y un 70% no tiene conocimiento del mismo. Hubo una diferencia notable en cuanto a este conocimiento y el nosocomio que concurren. En el Sanatorio Nuestra señora del Rosario, 52% no tenía dicho conocimiento y en relación con el Hospital Intendente Carrasco en el cual el, 92% no lo sabía.

En comparación con un estudio antes mencionado “Conocimiento sobre melanoma y prácticas de protección frente al sol en pacientes del Hospital Cullen de Santa Fe, Argentina” ⁽²⁾ en el cual, se comprobó que el 53,5% identificó correctamente a melanoma como un tipo de cáncer de piel, 37,5% nunca escuchó hablar de melanoma y 4,7% escucho hablar pero no sabe bien que es.

Por último se interrogó acerca de donde se obtuvo dicho conocimiento, 27% estudió sobre el tema o leyó algún artículo, 21% por campañas de concientización, 12% tuvo un antecedente familiar, 5% tuvo un antecedente personal y un 35% refiere otros medios.

En una Campaña de prevención de cáncer de piel, organizada por el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Exposol 2003, se evidenció que un 91,5% de los asistentes refirieron tener conocimiento acerca de la relación sol y cáncer de piel. De las personas que tenían conocimiento del tema, un 81,5% refiere haber obtenido la información a través de la televisión, un 31% por la radio e igual porcentaje por los periódicos. Un 15.6% declara conocer esta relación por información del dermatólogo y un 21.4% declara saberlo a través del sistema de salud. ⁽²⁵⁾

CONCLUSIÓN

De los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, puedo inferir que el 70% de la población estudiada no tiene conocimiento sobre el Melanoma, siendo la población del Hospital Intendente Carrasco la que menos información demostró tener sobre dicho tema.

Del 30% que refirió tener este conocimiento, el 21% lo obtuvo a través de campañas, lo que nos hace reflexionar que estas son un recurso valioso para concientizar a la población general.

El factor de riesgo modificable estudiado es la exposición al sol durante las 10am y 5pm. Del total de los encuestados, el 65% admitió no exponerse a radiaciones ultravioletas, no encontrando diferencias significativas entre ambos nosocomios, con lo cual podemos pensar que la población ha tomado conciencia del daño que provoca esta exposición.

Sumado a esto, otro resultado beneficioso que obtuve, fue que del total de los encuestados, el 54% afirmó el uso de protección solar.

El mejor tratamiento sigue siendo la detección precoz. Para ello, la técnica de autoexamen de la piel por parte de la población y los controles periódicos de los lunares con médicos especialistas, es una herramienta válida y recomendada que infiere favorablemente en el diagnóstico en estadios tempranos.

En la población estudiada, el 40% reconoció que se autoexamina la piel periódicamente, y de estos, el 32% lo realiza una vez al mes y 36% una vez al año. Siendo la mayoría (60%) los que no practican esta técnica, que es realmente importante para control de sus nevos para la prevención del Melanoma.

La consulta Dermatológica como medio de prevención, solo es realizada por el 28% de la muestra analizada.

Con los resultados obtenidos podemos concluir, que el conocimiento de los entrevistados sobre nevus y cuidados de los mismos, y acerca del melanoma es escaso y pobre; con respecto a la exposición solar y el uso de protectores, la población a lo largo de los últimos años ha ido tomando conciencia de los efectos negativos y los daños que las radiaciones ultravioletas producen en la piel.

También se puede observar que hay falencia en cuanto al control de sus lunares con médicos especialistas.

Esto sin duda refleja que aún queda mucho por recorrer en el camino de la promoción y prevención de la salud en lo que respecta al cuidado de nuestra piel.

Si bien éste trabajo tuvo aportes beneficiosos para la población entrevistada, consideramos necesario, el seguir fomentando el control periódico de sus lunares con médicos especialistas, el autoexamen de los mismos y conductas adecuadas para tomar sol; seguir avanzando con campañas de concientización para la población, así como también utilizar a los medios de comunicación como un recurso valioso para difundir dicha información.

Recordemos el concepto de PREVENCIÓN: es el arma más poderosa que tenemos para cuidar nuestra salud y está al alcance de todos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick y Col. (2009). Dermatología en Medicina general. Melanoma Cutáneo. Editorial Médica Panamericana, (7ma edición, Tomo II, Pág. 1134-1157) Buenos Aires, Argentina.
2. A Loza, M Simi, J L Iribas. "Conocimiento sobre melanoma y prácticas de protección frente al sol en pacientes del Hospital Cullen de Santa Fe, Argentina". Revista Argentina de Dermatología, 92.3 (2011).
3. Fitzpatrick y Col. (2006). Dermatología en Medicina general. Nevus melanocíticos atípicos y Neoplasias: melanoma cutáneo. Editorial Medica Panamericana, (6ta edición, Tomo II, Pág. 1017-1063), Buenos Aires, Argentina.
4. Rex Cavallé J; Ferrándiz Foraster C. (2007). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Nevus melanocíticos. 2007; 175-183.
5. G.M. Garnacho Saucedo, J.C. Moreno Giménez. (2012). Pediatría Integral. "Congreso Nacional de Pediatría Extrahospitalaria y III Congreso Internacional Hispano-Luso de Pediatría Extrahospitalaria". Trastornos de la pigmentación: Léntigo, Nevus y Melanoma. Fotoprotección. (Pág. 321-330)
6. Guzmán M. Claudia. "Conocimientos de la comunidad de un municipio Santander sobre riesgo y cáncer de piel". Revista Asoc. Colombiana Dermatología. (2011): 20-25.
Disponible en:
<http://revistasocolderma.org/files/Conocimientos%20sobre%20cancer.pdf>
(Consultado: 5 de marzo 2014)
7. Desmond RA y Soong SJ. Epidemiology of malignant melanoma. Surg Clin N Am, 83 (2003): 1-29.

8. Leitner Rita. Epidemiología del melanoma cutáneo. Rev. Argentina dermatología , 87.2 (2006): 86-87.
9. Woscoff, Alberto y Col. (2010). Dermatología en medicina interna. “Nevos” y “Melanoma”. Editorial Alfaomega. (3era ed., Pág.499-507, 532-542), Buenos Aires, Argentina.
10. Loria Dora, Latorre Clara y Abel González. “Epidemiología del melanoma cutáneo en Argentina: análisis del Registro Argentino de Melanoma Cutáneo. Dermatología Argentina, 16.1 (2010): 39-45
11. Pipitone M, Robinson J y Camara C. Skin cancer awareness in suburban employees: A hispanic perspective. J Am Acad Dermatol 2002; 47: 118-123.
12. Nayra Merino. (2013) “Experta avisa de que el sol puede convertir los lunares en lesiones malignas y multiplicar las pecas y verrugas”. Europa press. Madrid.
Disponble en: <http://www.infosalus.com/salud-bienestar/noticia-experta-avisa-sol-puede-convertir-lunares-lesiones-malignas-multiplicar-pecas-verrugas-20130814135328.html> (Consultado: 5 de Marzo 2014).
13. Argentina, Asociación Médica, et al. “Consenso nacional Inter-sociedades sobre Melanoma cutáneo”. Rev. Argentina, Cancerol, 39.2 (2011): 62-85.
14. Calderón Mar Burgés y RL Martín. “Factores de riesgo y detección temprano de melanoma maligno en pacientes con nevus melanocíticos”. Más Dermatología, 14 (2011): 5-13.
15. Austoker J. Cancer Prevention in Primary Care: Melanoma: prevention and early diagnosis – BMJ 1994: 308: 1682-6

16. Schwartz, R., Vial, G., & Schwartz, R. "Estrategias de detección precoz de Melanoma cutáneo". Rev. Méd. Clín. Condes 22.4 (2011): 466-475.

17. America Cancer Society. (2014). Prevención y detección temprana del cáncer de piel.

Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdepiel-celulasbasalesycelulasescamosas/recursosadicionales/fragmentado/prevencion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-piel-skin-exams> (Consultado: 6 de marzo 2014).

18. American Academy of Dermatology, "Malignant Melanoma"

Disponible en: <http://www.aad.org/media-resources/stats-and-facts/conditions/melanoma> (Consultado: 6 de marzo 2014).

19. Catacora, José G y Gutiérrez, Cesar A. "El Día del Lunar": Campaña de Educación, Prevención y detección Temprana del Cáncer de Piel y Melanoma– 2004. Folia Dermatol., 15.2 (2004): 77-84.

20. Carli P. Y Col. "Dermatologist detection and Skin Self examination are Associated With thinner Melanomas. Result From a Survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma". Arch. Dermatol., 139.5 (2003):607-612.

21. Sordo, C., & Gutiérrez, C. "Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del Cáncer de piel y Melanoma". Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30.1 (2013): 113-117.

22. Ramos, C., & Ramos, M. "Conocimientos, actitudes y prácticas en fotoprotección y fototipo cutáneo en asistentes a una campaña preventiva del cáncer de piel. Callao-Perú. Febrero 2010". Dermatol. Peru, 20.3 (2010): 169-173.

23. Castanedo-Cazares, Juan Pablo, et al. "Conocimientos y actitudes de la población mexicana con respecto a la radiación solar". *Gac. Med. Mex.*, 142.6 (2006): 451-455.

24. Calvo, Noelia. "Melanoma, cuestión de piel." *Sesenta y más* 260 (2007): 48-53.

25. Zemelman, Viviana, et al. "Campaña de prevención de cáncer de piel, organizada por el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universidad de Chile, Exposol 2003". *Rev. Chil. Dermatol.*, 21.2 (2005): 85-90.

ANEXO I:

Marco Teórico

Se denomina Nevo (palabra latina que significa “marca”, “signo” o “señal”) a malformaciones circunscriptas de los tegumentos, disembrioplásicas o hereditarias, transitorias o permanentes. Es decir, los nevos pueden ser el resultado de una falla en el proceso inductivo embrionario del ordenamiento tisular normal, o bien ser transmitidos según las leyes de la herencia de Mendel; en este último caso se trata de una genodermatosis circunscripta. ⁽¹²⁾

Pueden ser congénitos o aparecer en diferentes épocas de la vida, sin causa aparente, o en relación con estímulos diversos, como: quemaduras, dermatosis inflamatorias, radiación ultravioleta, modificaciones endocrinas, etc. Una vez aparecidos pueden crecer lenta pero indefinidamente; crecer y estacionarse (nevos pigmentarios); o crecer, estacionarse y luego involucionar (angiomas).
(1)

El carácter de congénito tiene especial interés en algunos nevos como los melanocíticos.

Podemos decir que desde el punto de vista histopatológico e histopatogénico, los nevos pueden ser:

- Hiperplásicos: presencia de un exceso de tejidos en el sitio que normalmente están, a esto se lo denomina “hamartomas”.
- Hipoplásicos: déficit de tejidos.
- Heterotópico: tejidos normales, pero en sitios que normalmente no corresponden, a esto se lo denomina “coristomas”. ⁽¹⁾

La causa de los nevos es desconocida, si bien se han descrito malformaciones atribuibles a trastornos nerviosos, infecciosos, endocrinos o nutricionales. La distribución de muchos nevos en relación con dermatomas o nervios periféricos sugiere una posible inducción por vía nerviosa.

Los nevos son dermatosis muy frecuentes. Se calcula que el 95% de la población tiene uno o más nevos melanocíticos, y las populares “manchas café

con leche” tienen una incidencia del 10%. Hay una gran variación en tipo y número de nevos a través de la vida.⁽¹⁾

Gran cantidad de ellos tienden a disponerse de forma particular, siguiendo las líneas de Blaschko; otros los hacen al azar, o siguiendo metámeras o dermatomas (“nevos sistematizados”).⁽¹⁾

Cuando la lesión névica se disemina, se habla de enfermedad névica (ej. Acantosis nigricans) y cuando se la asocian otras alteraciones, siendo el nevo el signo “patrón”, se está en presencia de un síndrome névico (ej. Síndrome del nevo epidérmico).⁽¹⁾

Teniendo en cuenta la histopatología y la embriogénesis los podemos clasificar:
(1)

1. Nevos ectoendodérmicos

- ✚ Nevo epidérmicos
- ✚ Nevos mucosos
- ✚ Nevos anexiales

2. Nevos crestoneurales

- ✚ Nevos melanocíticos
- ✚ Nevos despigmentarios
- ✚ Nevos lemmocitarios

3. Nevos mesodérmicos

- ✚ Nevos vasculares
- ✚ Nevos conectivos
- ✚ Nevos lipomatoso
- ✚ Hamartomas musculares

Algunos de ellos pueden combinarse: son **nevos mixtos**.

Nevos melanocíticos

Los nevos melanocíticos (NM), llamados comúnmente “lunares”, son muy importantes por su relación causal con el melanoma y por los cuadros genéticos de los que forman parte. ⁽¹⁾

Es una proliferación anormal pero benigna de los melanocitos de la piel que tienden a agruparse en nidos o tecas. ⁽²⁾

Están constituidos por células provenientes de la cresta neural y se originan por una mal formación congénita (NMC), o pueden hacerse visible luego del nacimiento, tal vez por una proliferación intracutánea a partir de melanocitos maduros (NM adquiridos). ^(1,2)

La mayoría de los NM son adquiridos. La frecuencia de los NM congénito es del 1%. El 99% restante comienza a verse en los primeros años de la vida, con un pico estimado entre los 2 y los 6 años. En algunos individuos el proceso continúa durante toda la vida, pero lo habitual es que en la adultez muchos de ellos involucionen. En el embarazo también suelen aparecer nevos eruptivos o se oscurecen los preexistentes.

En general, los nevos que se observan en la infancia o adolescencia son planos o ligeramente elevados, y las lesiones en los adultos son más bien cupuliformes, sésiles, polipoides o papilomatosas. ⁽¹⁾

Los NM pueden encontrarse en cualquier sitio de la superficie corporal, incluso en las mucosas.

Existen 3 variedades histológicas:

1. Melanocitos epidérmicos
2. Melanocitos dérmicos.
3. Células névicas (nevocitos)

✓ Nevos Melanocíticos Congénitos:

Existen 2 criterios para considerar que un nevo melanocítico es congénito:

1. Criterio Cronológico: Se encuentran presentes en la piel de la persona desde el momento de nacer, por lo cual el

interrogatorio al paciente es fundamental, aun cuando muchas veces no es posible obtener certeza de estos antecedentes.

Hoy se aceptan como congénitos también a los que aparecen durante el primer año de vida, pues hay nevos melanocíticos congénitos que se pigmentan durante este período y recién entonces se hacen visibles.

El crecimiento del nevo es proporcional al crecimiento corporal. ^(1,3)

2. Criterio histopatológico: Existen parámetros que permiten diferenciarlos de los adquiridos. Ellos son: ^(1,2)

- Profundidad que alcanzan las células névicas: En general, en los NMC mayores de 1cm. de diámetro, los melanocitos se extienden profundamente, alcanzando la dermis reticular e incluso el tejido celular subcutáneo en los mayores de 5 cm.
- Compromiso aneural, vascular y neural, o sólo alguno de estos criterios: El estudio de la lesión, con frecuencia, demuestra la inflamación o compromiso periférico de las glándulas sebáceas, la vaina externa de los folículos pilosos, los conductos ecrinos, el músculo piloerector, los filetes nerviosos y las estructuras vasculares.
- Disposición de las células entre los haces del colágeno dérmico: a) En nidos: próximas a la epidermis, las células névicas se disponen en pequeños agregados o nidos de forma redonda u oval, sin interposición de fibras colágenas. b) En sábanas: densos agregados celulares con escaso colágeno interpuesto. c) En cordones: filas de melanocitos de 3 ó 4 células de espesor. d) En forma aislada o dispersa: melanocitos separados unos de otros entre los haces de colágeno dérmico.

- Hiperplasia melanocítica intradérmica.
- Hiperplasia epidérmica.

De acuerdo con el tamaño y siguiendo a Kopf, los dividimos en: ^(1,2)

- Pequeños: menos a 1,5 cm.
- Medianos: entre 1.5 – 19,9 cm.
- Grandes o gigantes: mayor a 20 cm.

La incidencia global de los NMC se calcula alrededor del 1%. La mayor parte de ellos son de pequeño tamaño. En el momento de nacer y durante los primeros meses de vida los NMC son generalmente máculas de color marrón claro. Con el tiempo, especialmente en la pubertad, su superficie se eleva de modo uniforme, pudiendo mostrar un aspecto abollonado, cerebriforme o lobular. La pigmentación de los NMC puede ser homogénea o mostrar varias tonalidades de marrón y negro en un mismo nevo. Los bordes acostumbran a ser regulares y bien definidos en los de pequeño y mediano tamaño y algo más imprecisos en los gigantes. Algunos NMC muestran pelos terminales gruesos y pigmentados en su superficie ya en el momento de nacer, mientras que otros se desarrollarán durante los dos primeros años de vida o incluso en la edad adulta. Los NMCG presentan, además de su tamaño, algunas características clínicas que facilitan su diagnóstico, como son: la presencia casi constante de pelos terminales en su superficie, los distintos tonos de marrón y negro en su coloración y su distribución, por orden decreciente, en el tronco, las extremidades y la cabeza, adoptando en ocasiones una morfología curiosa («en bañador», «en capelina», etc.). Además, presentan con frecuencia nevus melanocíticos satélites en su vecindad. No es raro observar el desarrollo de nódulos, que varía de pocos milímetros a varios centímetros en su superficie. El crecimiento lento y la falta de ulceración de estos nódulos, nos orientará hacia la benignidad del proceso. Sin embargo, el desarrollo de un melanoma sobre el nevus puede iniciarse de forma similar, de modo que se recomienda

llevar a cabo el estudio histológico de estas proliferaciones en todos los casos.
(2)

✓ Nevos Melanocíticos Adquiridos:

Son los más frecuentes, y pueden adoptar un aspecto clínico variable. Crecen en tamaño y número hasta la tercera y cuarta década de la vida, para luego involucionar y desaparecer en los ancianos. (2, 4,5)

Los nevos melanocíticos junturales, compuestos e intradérmicos representan estadios evolutivos distintos de un mismo proceso, cuya historia natural clínica se corresponde con su evolución histopatológica (2,5)

Fases evolutivas de los nevos melanocíticos adquiridos (2)

NM Adquiridos	Junturales	Compuestos	Intradérmicos
Sinónimo	<u>N. de Unión</u>	<u>N. Mixto</u>	<u>N. Celular</u>
Edad	<u>Infancia</u>	<u>Pubertad/Adultos</u>	<u>Adultos</u>
Lesión	<u>Mácula- Pápula plana, lisa</u>	<u>Pápula ligeramente lisa o verrucosa</u>	<u>Pápula hemisférica, sésil o pediculada</u>
Color	<u>Marrón oscuro- negro</u>	<u>Marrón claro o piel normal</u>	<u>Color piel normal</u>
Forma	<u>Redonda, elíptica</u>	<u>Redonda</u>	<u>Redonda</u>
Tamaño	<u>1mm- 1cm</u>	<u>5 mm-1 cm</u>	<u>mm- pocos cm</u>
Pelo	<u>Ausente</u>	<u>Ausente o no</u>	<u>Pelo terminal</u>
Pronóstico	<u>Benigno</u>	<u>Benigno</u>	<u>Benigno</u>

Rex Cavallé J. Foraster C.

En la edad infantil se inicia una proliferación de melanocitos en la unión dermoepidérmica, por lo que la mayoría de NM presentes en estas edades es de tipo juntural. Con el paso del tiempo, los nidos de melanocitos migran hacia la dermis papilar, dando lugar a los nevus melanocíticos compuestos. Posteriormente el componente juntural disminuye y sólo quedan los melanocitos dérmicos, dando lugar al NM intradérmico. El estadio final de un NM es un apéndice cutáneo del color de la piel normal en el que se aprecian muy pocas células névicas, escaso pigmento y algunos adipositos. Los NM pueden localizarse en cualquier zona de la piel, incluso en la unión cutáneomucosa, en la cavidad oral, la laringe, las uñas, la conjuntiva ocular, los genitales externos y las zonas acras, incluyendo las palmas y las plantas. ⁽²⁾

Nevos Especiales:

- Son nevos melanocíticos adquiridos⁽⁵⁾

Nevos Especiales	N. de Spritz	Halo Nevus	N. Azul	N. Spilus
Sinónimo	Melanoma Benigno Juvenil	Nevos de Sutton		Nevos sobre Nevos
Edad	Infancia/Adolescencia	Pubertad/Adolescencia	Adulto	Cualquier edad
Lesión	Pápula-nodular dura, brillante, lisa	Pápula ligeramente sobreelevada con haloacrómico	Nódulo solitario	Mácula solitaria
Color	Marrón claro a rojo	Nevus central con halo despigmentado	Azul negruzco	Marrón aspecto parcheado con efélides en el interior
Forma	Hemisférica	Redonda	Redondeada-oval	Redonda-oval
Tamaño	<1,5 cm.	<6 mm.	Variable, mas frec.: <1 cm.	1-20 cm.
Localización	Cara	Tronco	Cara, miembros	Cualquiera
Pronóstico	Benigno >1cm extirpar	Benigno	Benigno >1cm. extirpar	Benigno

Diagnóstico

El diagnóstico de los NM puede hacerse clínicamente la mayoría de las veces; sin embargo, cuando existen dudas al respecto debe recurrirse a la biopsia. ⁽²⁾

✓ Nevo atípico o displásico. Nevo de Clark

Los NM atípicos, displásico o de Clark (NC) es un tipo especial de nevo melanocítico con proliferación variable de células melanocíticas atípicas. ^(1,6)

Son lesiones activas, intermedias entre los nevos melanocíticos comunes y el melanoma. Tienen gran significado como precursores y marcadores del melanoma: la gran mayoría de los melanomas primitivos múltiples y los melanomas familiares proceden de estas lesiones. ^(1,2)

Pueden ser único o múltiple: en este caso, empleamos la denominación de “síndrome del nevo atípico”.

Hoy se incluyen en este síndrome, no sólo los casos familiares, si no también los esporádicos. Es útil el esquema de Kraemer: ⁽⁷⁾

- A. Esporádicos.
- B. Familiar, sin antecedente de melanoma.
- C. Esporádico, con antecedente de melanoma.
- D1. Familiar, con 1 persona con melanoma.
- D2. Familiar, con más de 1 persona con melanoma.

El tipo A es el más observado y la frecuencia de presentación disminuye hacia el D2. La posibilidad de melanoma sigue un camino inverso: predomina en el D2 y desciende hacia el A. ⁽⁷⁾

En los casos familiares se transmite posiblemente con un rasgo autosómico dominante, con penetración variable y amplio rango de expresividad. Puede ser un locus genético simple o deberse a una herencia poligénica.

La frecuencia de NC es mayor de lo que parece: Europa se estima 1 -4% de la población, en Estados Unidos el 2-7% de las personas de etnia blanca. ⁽¹⁾

El momento de aparición difiere de los nevos melanocíticos comunes: habitualmente lo hace en la pubertad, pero pueden seguir durante toda la vida

(la aparición en esta edad hace que se lo vincule con hormonas y exposición a luz ultravioleta).^(1,2)

Las características clínicas e histológicas son similares en ambas formas. Los nevos atípico se caracterizan por ausencia de imagen en espejo (asimetría), un tamaño de 3-15 mm. el cual tiene una correlación directa con el nivel de atipia (a mayor tamaño, mayor atipia), márgenes mal definidos e irregulares, superficie relativamente plana, macular en la periferia y con patrón en empedrado central frecuente. El color varía, generalmente se presentan tres tonos de café, sin embargo hay que tomar en consideración que a mayor numero de colores mayor atipia. Puede existir eritema dentro o fuera de la lesión, así como pelos terminales más gruesos que en el resto del cuerpo. Topográficamente son mas frecuentes en el tronco y las áreas doblemente cubiertas, (mamas en mujeres, abdomen y espalda en los hombres).⁽⁸⁾

El diagnóstico de NM atípico no es fácil ya que está sujeto a cierto subjetivismo por parte del clínico. En este sentido, dado que los criterios clínicos para el diagnóstico del NM atípico y del melanoma se solapan, hay que recurrir a otros criterios. Mientras que los NM atípicos son lesiones que permanecen estables y no cambian de color ni de forma, ni aumentan de tamaño de forma rápida con el tiempo, los melanomas sí cambian de tamaño, morfología y color de forma apreciable en pocos meses. Por este motivo, cuando hay dudas, un seguimiento clínico e iconográfico de la evolución temporal de los NM atípicos será fundamental.⁽²⁾

Manejo clínico y signos de alarma

La mayoría de los motivos de consulta de la práctica diaria en relación con la patología melanocítica están relacionados con su apariencia cosmética, sintomatología reiterada (foliculitis subnévicas, irritaciones, prurito...) o dudas sobre su potencial de malignización.

A la hora de evaluar cada una de las lesiones melanocíticas de nuestros pacientes, sería útil aplicar la conocida regla del ABCD.⁽⁹⁾

A: Asimetría.

B: Bordes mal definidos. Irregulares.

C: Coloración no uniforme.

D: Diámetro mayor de 6 mm.

E: Elevación de la superficie de la lesión, papulosos.

Es importante recoger en la historia clínica los antecedentes familiares de cáncer, ya sea cutáneo o extracutáneos (páncreas, vejiga, neoplasias hematológicas...) y dentro de los cutáneos, melanoma o no melanoma, así como antecedentes personales y familiares de nevus displásicos confirmados histológicamente.

Como complemento a los signos de sospecha, existen unos signos de alarma:

(5)

- ✓ Modificaciones súbitas en la superficie, tamaño, contorno y/o coloración de una lesión.
- ✓ Presencia de un halo inflamatorio alrededor de una lesión pigmentada.
- ✓ Aparición de manchas y/o nódulos contiguos a una lesión pigmentada.
- ✓ Exudación, ulceración y/o hemorragia.
- ✓ Picor o dolor.
- ✓ Adenopatías regionales.

Comparación clínica de NEVO ADQUIRIDO COMUN, NEVO ATÍPICO y MELANOMA.⁽⁸⁾

Característica	Nevo adquirido común	Nevo atípicos	Melanoma maligno
Tamaño	Menos de 5-6 mm.	3-15 mm.	Generalmente mas de 10 mm.
Margen	Regular y bien definido	Irregulares y mal definidos	Más irregulares, poco definidos
Simetría	Si	No	Gran asimetría
Coloración	Homogénea y regular	Irregular	Irregular
Color	Pardo, marrón, marrón Oscuro	Pardo, marrón marrón oscuro, negro, rosado	Pardo, marrón, marrón oscuro, negro, rosado, gris, azul, blanco, rojo
Superficie	Suele ser papulosa	Componente macular	Macular, nodular elevado
Marcas Cutáneas	Acentuadas	En empedrada	Acentuadas, desaparición y/o ulceración

Tratamiento

La mayoría de los NM no deben tratarse y es fundamental asegurar al paciente que no representan ningún peligro. Existen una serie de situaciones en las que se puede plantear un tratamiento quirúrgico

- ❖ Historia familiar de melanoma o de nevos displásico
- ❖ Localización en zonas de difícil autocontrol
- ❖ Localización en zonas sometidas a irritación continuada
- ❖ Localizaciones especiales
 - Mucosa oral y genital
 - Partes acras

Matriz y lecho ungueal

- ❖ Pacientes de fenotipo I-II sometidos a exposición solar habitual u otras fuentes de radiación ultravioleta
- ❖ Características clínicas de la lesión que sugieran malignidad/atipía clínica:
 - Asimetría
 - Borde irregular
 - Color heterogéneo
 - Tamaño superior a 6 mm
- ❖ Evolución atípica:
 - Aparición de sintomatología asociada (prurito, dolor)
 - Aumento rápido de tamaño
 - Cambio en su superficie
 - Sangrado espontáneo

La exéresis quirúrgica en huso es el tratamiento de elección de las lesiones pigmentarias en las que existen dudas diagnósticas, de los NM atípicos y de los NMCG. En los NMCG puede efectuarse la exéresis por tiempos, con exéresis parciales en huso cada cierto tiempo, hasta conseguir la exéresis total o utilizar los expansores tisulares para ganar tejido.

El rebanado de la parte sobresaliente del nevus es una técnica que puede utilizarse en el caso de NM intradérmicos. Con ella pueden obtenerse buenos resultados estéticos, aunque a veces son sólo temporales porque la lesión recidiva parcialmente. Sea cual sea la técnica utilizada para la exéresis de la lesión, la pieza debe colocarse en un recipiente que contenga una solución de formol al 10% para su estudio histológico posterior. ^(1,2)

En los nevus atípicos la conducta médica a seguir dependerá de la cantidad de nevus, de los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos del paciente. Como regla general, cualquier lesión sospechosa deberá ser reseada con 2mm. de margen para estudio patológico. En caso que el reporte histopatológico sea compatible con atipia severa, se deberá ampliar los márgenes a 5 mm. por elevada frecuencia de desarrollo de melanoma in situ.

El seguimiento de los pacientes con nevos atípicos deberá realizarse cada 3 – 6 meses. Se recomienda el seguimiento con fotografías o dibujos de sus características y localizaciones. Las lesiones atípicas que no sean visibles para el paciente (espalda) se deben reseñar. ⁽⁸⁾

Factores de Riesgo de Melanoma ⁽⁹⁾

No modificables:

- Fototipos bajos (I y II)
- Número elevado de nevos melanocíticos adquiridos de fenotipo normal (frecuencia de melanoma está aumentada 34 veces en pacientes con más de 100 nevos)
- Nevus melanocíticos atípicos (frecuencia de melanoma está aumentada 15 veces en pacientes con más de 10 nevos >6 mm diámetro)
- Nevus congénito gigante
- Enfermedades de daño en la reparación del DNA (xeroderma pigmentoso)
- Estados de inmunosupresión (riesgo de melanoma 4 veces mayor en paciente trasplantado)
- Antecedentes personales y/o familiares de melanoma (casos de melanoma familiar con mutaciones genéticas específicas)

Modificables:

- Exposición a la luz ultravioleta (sol y cabinas de rayos). Exposición solar de gran intensidad e intermitente en la infancia (quemaduras solares) ⁽⁹⁾

MELANOMA MALIGNO

El ***melanoma maligno*** es un tumor maligno originado por la transformación de melanocitos presentes en diferentes tejidos del organismo: piel, mucosas, ojo, sistema nervioso central, mesenterio y oído interno. Puede surgir de la piel o mucosas normales; también de lesiones melanocíticas previas. ^(4,10)

Tipos de Melanoma Maligno^(6,10)

- *Lentigo Maligno*: es el tipo de melanoma in situ que revela una fase de crecimiento radial prolongado y que puede transformarse en un melanoma invasor. Suele ser una lesión macular, similar a una peca, de forma irregular y con diferentes tonos, en superficies expuestas al sol. Con frecuencia aparece en personas de edad avanzada.
- *Melanoma léntigo maligno*: es el mas infrecuente, representando entre un 4 y 15%. Aparece generalmente en personas de más de 60 años, con historia de exposición crónica al sol. Tiene una fase inicial de crecimiento radial muy superficial durante la cual se observa una lesión maculosa, marrón o negra, de superficie lisa, que aparece en la cara (peca melánica de Hutchison). La transformación hacia una lesión invasora en profundidad se manifiesta por la aparición de uno o varios nódulos pigmentados o eritematosos.
- *Melanoma de extensión superficial*: es el mas común teniendo una frecuencia de aproximadamente 70%. Se suele presentar entre los 30 y 50 años. Se localiza habitualmente en tronco en los varones y en las piernas y espalda en las mujeres. Está producido por melanocitos atípicos que se extienden por la epidermis y luego invaden la dermis. Se suele presentar como una mácula con pigmentación irregular, oscura, que varía del marrón intenso al negro, de bordes irregulares, que pueden tener zonas hipopigmentadas.
- *Melanoma nodular*: Tiene una frecuencia de entre 15 y el 30%. Suele aparecer a los 50-60 años. Él mismo, tiene una evolución rápida de varias semanas a meses ya que carece de crecimiento radial aparente, que presentan los otros tipos. Suele localizarse en la cabeza, tronco o cuello. Con mayor frecuencia comienza en zonas no comprometidas por nevos. Típicamente es un nódulo uniforme de color azul oscuro-negro o amelanótico. El diagnóstico temprano de la variedad amelanótica puede ser difícil ya que carece de muchas de las características clínicas convencionales del melanoma.

- *Melanoma lentiginoso acral*: tiene una frecuencia global de alrededor del 10% pero es el más común en individuos de piel oscura, la localización característica es en palmas, plantas, regiones periungueales, subungueales. Suele presentarse como una lesión plana de color canela, marrón o negra veteada y de bordes irregulares
- *Melanoma de las mucosas*: Tiene una escasa frecuencia, el melanoma puede presentarse en las mucosas, siendo la más afectadas las de la cavidad nasal y oral, la vulvar y ano rectal. Los síntomas pueden ser sangrado o una lesión tipo masa, aunque la mayoría revela una mucosa irregular con pigmentación extensa.

Detección precoz y diagnóstico:

La importancia de la detección precoz del melanoma radica en que puede ser curado totalmente mediante la extirpación quirúrgica de la lesión en estadios precoces. Sin embargo, la evolución del tumor puede producir metástasis a distancia en un corto periodo de tiempo y la muerte.

Para detectar precozmente el melanoma, el profesional debe examinar la piel en las exploraciones clínicas rutinarias, observando si hay señal de peligro ABCD en las lesiones pigmentadas cutáneas.

Ante cualquier lesión sospechosa, la confirmación del diagnóstico debe realizarse efectuando una biopsia que debe incluir toda la lesión pigmentada.

Hay que realizar una vigilancia especial en las personas con factores de riesgo de aparición de melanoma. Deben conocer la técnica de la autoexploración, realizarla periódicamente y acudir al médico ante cualquier duda o sospecha.

(11)

La dermatoscopia (epiluminiscente o microscopía de luz incidente), es una técnica diagnóstica que permite observar estructuras de la epidermis y de la dermis, mediante un sistema de amplificación de la imagen y un sistema de iluminación que permite superar la distorsión producida por la reflexión y

refracción de la superficie cutánea, mostrando así patrones de pigmento y de vascularización invisibles al ojo desnudo.

La utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico del melanoma es incuestionable. La sensibilidad en el diagnóstico del melanoma maligno invasor a “ojo desnudo”, por parte de centros con mayor experiencia en melanoma, ronda el 70 – 85%, mientras que, en manos expertas, la dermatoscopia logra una sensibilidad del 92%. Se logra de esta manera, una mejoría del 20 – 25% en la precisión diagnóstica del melanoma invasor. También ha demostrado que mejora la precisión diagnóstica de otras lesiones melanocíticas (del 73% al 83% en el diagnóstico de nevus juncturales y del 56 al 93% en nevus de Spitz pigmentados) y de las lesiones pigmentadas no melanocíticas, entidades que se deben valorar en el diagnóstico diferencial del melanoma invasor. ⁽¹²⁾

Pronóstico

Cuando la enfermedad está localizada, el factor pronóstico principal es la profundidad del tumor o Índice de Breslow (mide el grosor del melanoma desde el estrato granuloso al punto más profundo de penetración celular). La medida del espesor se correlaciona bien con la supervivencia. El pronóstico empeora de forma importante cuando el grosor supera 1,5 mm. ⁽¹⁰⁾

El Índice de Clark divide el tumor según la penetración progresiva de ciertas barreras anatómicas de la piel (epidermis, dermis papilar, dermis reticular, tejido graso). ^(6,10)

El American Joint Committee on Cancer ⁽¹³⁾ recomienda la estadificación del melanoma a través del sistema TNM, en donde lo clasifica en base al tumor (espesor y ulceración), los ganglios linfáticos regionales (biopsia de ganglio centinela, la cantidad y masa ganglionar metastásica) y las metástasis (ubicación y nivel sérico de lactato deshidrogenasa) para determinar el pronóstico del paciente.

Tratamiento

El tratamiento del melanoma primario consiste en la total extirpación del tumor con unos márgenes suficiente de tejido sano alrededor, tanto en superficie

como en profundidad, que varía dependiendo de las características del melanoma. ⁽¹⁰⁾

Además, una vez intervenido el paciente con melanoma es preciso establecer un régimen de vigilancia periódica. ⁽¹⁰⁾

Cuando afecta los ganglios éstos deberán extirparse también y cuando invade otras partes del cuerpo además de la cirugía será necesario emplear otras medidas terapéuticas como la quimioterapia, inmunoterapia, radioterapia como tratamiento adyuvante o paliativo. ⁽¹⁰⁾

Bibliografía

1. Cabrera Hugo y García Sandra (1998). Nevos. Editorial Actualizaciones Médicas, Buenos Aires, Argentina.

2. Rex Cavallé J; Ferrándiz Foraster C. (2007). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Nevus melanocíticos. 2007; 175-183.

3. Equipo de Trabajo Protocolos Dermatología. (2010). Protocolo de derivación en dermatología. Servicio de Salud Araucanía Sur.

Disponible en:

https://www.raucaniasur.cl/uploads/media/PROTOCOLO_NEVUS.pdf

(Consultado el 10 de junio 2013)

4. Woscoff, Alberto y Col. (2010). Dermatología en medicina interna. “Nevos” y “Melanoma”. Editorial Alfaomega. (3era ed., Pág.499-507, 532-542), Buenos Aires, Argentina.

5. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Lunares/Nevus. Clasificación. Signos de sospecha y alarma.

Disponible en: <http://www.svmfyc.org/fichas/f024/ficha024.pdf> (Consultado el 12 de junio 2013)

6. Fitzpatrick y Col. (2006). Dermatología en Medicina general. Nevus melanocíticos atípicos y Neoplasias: melanoma cutáneo. Editorial Medica Panamericana, (6ta edición, Tomo II, Pág. 1017-1063), Buenos Aires, Argentina.

7. Kraemer kh y col. Dysplasic nevus syndrome: A phenotypic association of sporadic cutaneous melanoma. Cáncer 1980; 46:1787.

8. Pérez, Daniel Alcalá, Isabel Cristina Valente Duarte de Sousa. "Nevos melanocíticos y no melanocíticos. Revisión de la literatura." *Rev Cent Dermatol Pascua* 19.2 (2010).

9. G.M. Garnacho Saucedo, J.C. Moreno Giménez. (2012). *Pediatría Integral*. "Congreso Nacional de Pediatría Extrahospitalaria y III Congreso Internacional Hispano-Luso de Pediatría Extrahospitalaria". Trastornos de la pigmentación: Léntigo, Nevus y Melanoma. Fotoprotección. (Pág. 321-330)

10. Fitzpatrick y Col. (2009). *Dermatología en Medicina general*. Melanoma Cutáneo. Editorial Médica Panamericana, (7ma edición, Tomo II, Pág. 1134-1157) Buenos Aires, Argentina.

11. Llorca, Manuel Asin. *Guía de prevención y tratamiento del melanoma*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2006.
Disponible en:
<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.215-1999.PDF>
(Consultado el 6 de junio 2013).

12. Zaballos, P., et al. "Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico del melanoma." *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, 32.1 (2004): 3-17.

13. David L. Page y Col. (2002). *AJCC Cancer Staging Manual*. VIII Skin: Carcinoma of the Skin. Malignant Melanoma. Editorial Springer, (6ta edición, Pág. 209-220) Chicago, EEUU.

ANEXO II: Autorización

Sr. Director del Hospital “Intendente Carrasco”

Dr. Juan Moro

Presente

Mi nombre es De Lucca Macarena, D.N.I. 34.508.754 tengo 24 años, soy estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana (U.A.I.), estoy desarrollando mi Tesis final, sobre “Conocimiento sobre nevros y cuidado de los mismos en una población que concurre al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y al Hospital Intendente Carrasco”, solicito a través de esta nota, autorización para realizar encuestas a personas que asisten a dicho Hospital, aproximadamente cien, para completar mi trabajo de investigación.

Aprovecho dicha oportunidad para saludarlo muy atte. y a la espera de una pronta y favorable respuesta.

De Lucca Macarena

D.N.I. 34.508.754

Mail: maaqiii.delucca@hotmail.com

Cel: 342 530 9797

Sr. Director Médico del Sanatorio “Nuestra Señora del Rosario”

Dr. Claudio Fiorina

Presente

Mi nombre es De Lucca Macarena, D.N.I. 34.508.754 tengo 24 años, soy estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana (U.A.I.), estoy desarrollando mi Tesis final, sobre “Conocimiento sobre nevos y cuidado de los mismos en una población que concurre al Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y al Hospital Intendente Carrasco” , solicito a través de esta nota, autorización para realizar encuestas a personas que asisten a dicho Sanatorio, aproximadamente cien, para completar mi trabajo de investigación.

Aprovecho dicha oportunidad para saludarlo muy atte. y a la espera de una pronta y favorable respuesta.

De Lucca Macarena

D.N.I. 34.508.754

Mail: maaqiii.delucca@hotmail.com

Cel: 342 530 9797

ANEXO III:

Consentimiento informado

Rosario, de 2014

Acepto voluntariamente participar en la encuesta sobre conocimiento de los Nevos y Melanoma, conservando el anonimato de mis datos personales.

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto.

Firma:

Encuestas

1. Sexo:

- Femenino
- Masculino

2. Edad

3. Estudios:

- Primarios
- Secundarios
- Terciarios
- Universitarios

4. ¿Sabe si tiene lunares?

- Si
- No

Si su respuesta fue afirmativa

4. a ¿Conoce la cantidad aproximada de lunares que posee en la piel?

- Menos de 10

- Entre 10 y 25
- Más de 25

4. b ¿Cuales es la localización predominante de sus lunares?

- Tronco
- Espalda
- Miembros Superiores
- Miembros Inferiores

5. ¿Se examina periódicamente la piel?

- Si
- No

6. Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿con cuanta frecuencia lo hace?

- Una vez al mes
- Una vez cada 6 meses
- Una vez por año
- No sabe

7. ¿Alguna vez noto cambio en las características de sus lunares, como asimetrías, irregularidades en los bordes, alteraciones de coloración, diámetros agrandados?

- Si
- No

8. ¿Alguna vez consulto al médico por presentar alteración en algún lunar?

- Si
- No

9. ¿Se controla periódicamente con un médico especialista (dermatólogo)?

- Si
- No

10. ¿Se expone al sol frecuentemente entre las 10 am y 5 pm?

- Si
- No

11. Cuando se expone al sol se coloca protección solar según las instrucciones para su uso adecuado (aplicación de mismo 30 min. antes de la exposición, renovándola en exposiciones prolongadas y luego de haber estado en contacto con el agua, etc.)

- Si
- No

12. ¿Conoce que es el Melanoma?

- Si
- No

13. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, marque donde adquirió tal conocimiento:

- Tuvo algún antecedente personal
- Tuvo algún antecedente familiar
- Campañas de concientización
- Estudió sobre el tema o leyó algún artículo
- Otros medios

ANEXO IV: Folleto

DE UN LUNAR A UN MELANOMA

El lunar o Nevus benigno es una acumulación de células pigmentarias que aparecen en la piel, a modo de mancha. En los adultos podemos encontrar alrededor de 20-25 manchas pigmentadas en el cuerpo, aunque su número depende de factores hereditarios, de las exposiciones al sol y de ciertos factores que las favorecen como por ejemplo el embarazo.

El tamaño, color y forma de los lunares es variable, en función de su localización y modo de aparición. Casi siempre son benignos pero cualquier modificación de su aspecto puede ser el primer signo de un melanoma maligno

¿Qué es el Melanoma?

Es un tipo de cáncer de piel que se desarrolla cuando las células llamadas melanocitos se convierten en malignas.

Pueden surgir espontáneamente o bien sobre un lunar que se modifica. Generalmente se genera en adultos, aunque puede ocasionalmente encontrarse en niños.

1. Consejos para proteger su piel de los rayos solares:

- Protección solar con un factor de protección solar (SPF) de por lo menos 15. Aplique producto sobre la piel descubierta 30 minutos antes de tomar sol y volver a aplicar cada dos horas o después de nadar.
- Sombrero de ala ancha en todo que le proteja la cara, el cuello y las orejas o viseras protegen solamente partes de su piel.
- Gafas de sol que bloquean la radiación UV para proteger la piel alrededor de los ojos.

Tenga en cuenta que los rayos del sol...

Están mayor entre las 10:00 am y 4:00 pm

Se puede ir a través de ropa ligera, parabrisas, ventanas, y las nubes

Se reflejan en la arena, el agua, la nieve, el hielo y el pavimento

2. **Autoexamen de la piel:** es fácil de realizar, con un espejo o con la ayuda de alguien de su familia, siguiendo las indicaciones siguientes:



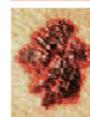
3. Para ayudarte a auto-examinar tus lunares

La Regla "ABCDE"



A de Asimetría

Forma no circular, con dos mitades que no se parecen.



B de Bordes Irregulares

Bordes irregulares, mal delimitados, a veces con extensión del pigmento sobre la piel alrededor de la mancha.



C de Colores Múltiples

Presencia de varios colores (negro, azul, café, rojo o blanco).



D de Diámetro

Diámetro en aumento, en general superior a los 6mm.



E de Evolución

Cualquier mancha pigmentada que cambia de aspecto rápidamente (forma, tamaño, espesor y color) debe constituir una señal de alarma.