

Extravasación de vincristina

Extravasation of Vincristine

Sr. Director:

La extravasación es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave en la administración de quimioterápicos. Los agentes citostáticos pueden clasificarse, en función de su capacidad de agresión tisular, en no agresivos (no originan daño e incluso pueden administrarse por vía intramuscular sin peligro), irritantes (producen irritación y escasa necrosis) y vesicantes (ocasionan necrosis una vez extravasados)¹.

Estos últimos producen reacción inicial escasa y una clínica tardía característica de dolor, eritema y necrosis a los pocos días, pudiendo llegar a afectar estructuras profundas. Dentro de este grupo se encuentra vincristina, un alcaloide antitumoral extraído de la *Vinca rosae Linn* con un índice terapéutico muy bajo (concentración plasmática mínima efectiva y tóxica similar), siendo la neurotoxicidad su principal factor limitante. Ejerce sus efectos citotóxicos interfiriendo con los microtúbulos que forman los haces mitóticos durante la metafase, interrumpiendo así el ciclo celular y produciendo necrosis de tejidos. Su única vía de administración es la parenteral, y dentro de sus indicaciones encontramos la leucemia linfática aguda, la enfermedad de Hodgkin y el cáncer de mama, entre otros.

Presentamos el caso de una mujer de 62 años de edad que estaba en tratamiento quimioterápico con ciclofosfamida, adriamicina y vincristina por enfermedad de Hodgkin. Durante la administración de vincristina se produjo una extravasación del fármaco en el dorso de la mano izquierda, que fue tratada de forma inmediata con aplicación de frío, calor y ácido hialurónico tópico. Al día siguiente la paciente acudió a nuestra consulta de forma urgente por presentar una lesión eritematosa, con erosiones superficiales en el dorso de mano izquierda, acompañada de edema del miembro (fig. 1). Pautamos ácido fusídico más betametasona en crema y la revisamos a los dos días comprobando cierta mejoría. Una semana después la paciente acudió de nuevo a la consulta porque a raíz de la última infusión del ciclo de quimioterapia la lesión de la mano empeoró. A la exploración la paciente presentaba un importante edema de la mano izquierda, con un intenso eritema en el dorso y una escara necrótica en el centro de la lesión. Al levantar la costra pudimos observar una úlcera maloliente, profunda, con fondo fibrinoso (fig. 2). Tomamos un cultivo del fondo de la lesión que fue positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, por lo que indicamos tratamiento con ciprofloxacino oral y ácido fusídico en crema una vez al día. En la siguiente revisión la lesión había reepitelizado casi por completo.

La extravasación es una complicación poco frecuente en la administración de quimioterápicos; se estima que su incidencia varía del 0,1-6%², y en algunos casos los efectos pueden ser potencialmente graves. Por ello es importante adoptar medidas preventivas como no utilizar vías periféricas para infusiones prolongadas, comprobar la viabilidad del sistema con suero antes de administrar el fármaco y utilizar un método que permita observar el retorno venoso, no tomar la vía en zonas próximas a las articulaciones y, por supuesto, la supervisión



Figura 1 Lesión eritematosa con erosiones superficiales en el dorso de la mano izquierda.



Figura 2 Úlcera profunda, con fondo fibrinoso.

continua del personal sanitario especializado. Una vez producida la extravasación es fundamental la actuación inmediata; en 2007 la Sociedad Europea de Enfermeros de Oncología publicó un protocolo de actuación. En el caso de la extravasación de un citostático vesicante del tipo de vincristina se debe interrumpir su administración de forma inmediata, retirar la vía, aspirar el fármaco, elevar la extremidad afecta, marcar la zona de extravasación, aplicar calor seco durante 20 min y, si es posible, ácido hialurónico tópico o intralesional³. El desbridamiento quirúrgico queda relegado a los casos donde exista necrosis tisular evidente o dolor persistente⁴.

Bibliografía

1. Alfaro-Rubio A, Sanmartín O, Requena C, Llombart B, Botella-Estrada R, Nagore E, et al. Extravasación de agentes citostáticos:

- una complicación grave del tratamiento oncológico. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:169–76.
2. Shulmeister L. Managing vesicant extravasations. *Oncologist.* 2008;13:284–8.
 3. Wengstrom Y, Margulies A. European Oncology Nursing Society extravasation guidelines. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12:357–61.
 4. Larson DL. What is the appropriate management of tissue extravasation by antitumor agents? *Plast Reconstr Surg.* 1985;75:397–405.

doi:10.1016/j.ad.2010.01.006

T. Ojeda, B. García-Bravo y F.M. Camacho*

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: camachodp@medynet.com (F.M. Camacho).

Rápido incremento de la incidencia del melanoma in situ en Girona (España) 1994–2005. ¿Efectividad de la campañas de diagnóstico precoz?

Rapid Increase in Incidence of Melanoma In Situ in Girona (Spain), 1994–2005. Effectiveness of Public Education Campaigns About Early Diagnosis

Sr. Director:

La incidencia del melanoma cutáneo invasivo ha aumentado de forma importante en las últimas décadas en la población caucásica, con un porcentaje de incremento anual del 3–7%¹. Aunque España presenta una de las cifras de incidencia y mortalidad más bajas de Europa^{2,3}, estudios recientes también señalan este aumento⁴. Sin embargo, no disponemos de datos epidemiológicos sobre la incidencia del melanoma *in situ* (MIS), aquel confinado a la epidermis, en nuestro país.

Con el objetivo de conocer la incidencia y tendencia del MIS se analizaron los datos proporcionados por el Registro de Cáncer de Girona, un registro de base poblacional que abarca la provincia de Girona y que cubre una población de 687.331 habitantes según el censo de 2006.

Se calcularon las tasas de incidencia brutas y ajustadas por edad a la población estándar mundial mediante el método directo. Para estimar el porcentaje de cambio anual (PCA) de la incidencia del MIS durante los 12 años del periodo de estudio (1994–2005) se utilizó el modelo de regresión Joinpoint⁵. Las diferencias del MIS según el sexo se examinaron con un t-test para la variable edad y una prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas.

Entre 1994 y 2005, 688 pacientes residentes en la provincia de Girona fueron diagnosticados de melanoma cutáneo; en 550 el diagnóstico fue melanoma invasivo (79,94%), mientras en 138 el diagnóstico fue MIS (20,06%). Todos los casos analizados fueron confirmados histológicamente. De los 138 MIS, 84 (60,9%) fueron mujeres con una media de edad al diagnóstico de 62,96 años (rango: 22–92), mientras que 54 (39,1%) fueron hombres con una media de edad de 61,20 años (rango: 25–88), no existiendo diferencias

estadísticamente significativas entre sexos. La localización anatómica más frecuente del MIS fue la cabeza y el cuello (42,8%) seguida del tronco (22,5%). La distribución por sexos no fue estadísticamente significativa ($p=0,20$). En cuanto a la histología de los MIS, aproximadamente el 60% de los casos correspondían al lentigo maligno con una media de edad al diagnóstico de 69,2 años, superior significativamente a la media de edad de los otros grupos histológicos (datos no mostrados) (tabla 1).

La tasa de incidencia del MIS se incrementó de 0,54 casos por 100.000 hombres-año en el periodo 1994–96 a 1,44 casos por 100.000 hombres-año en el periodo 2003–2005. En las mujeres se observó un incremento aún más pronunciado, pasando de 0,68 casos por 100.000 mujeres-año en el periodo 1994–96 a 2,23 casos por 100.000 mujeres-año en el periodo 2003–2005. Durante los 12 años del estudio y en nuestra área la incidencia del MIS se ha incrementado de una forma mucho más marcada que el melanoma invasivo⁴. El porcentaje de incremento anual para los hombres fue del 11,51% (IC 95%: 4,61–18,86), siendo para las mujeres del 11,43% (IC 95%: 2,04–21,69) (tabla 2).

Los estudios epidemiológicos sobre la incidencia del MIS de base poblacional son escasos. Hasta la fecha se han publicado 4 estudios (Suecia 1968–1992⁶, sur de Australia 1981–1992⁷, EE.UU. 1975–1997⁸ y Queensland [Australia] 1982–2002⁹) constatándose en todos ellos un importante incremento de la incidencia del MIS, de alrededor del 10%, concordante con nuestros resultados (del 11%).

Es importante resaltar que en nuestra población los pacientes diagnosticados de MIS fueron unos tres años mayores que los sujetos con lesiones invasivas (datos no mostrados), resultados similares a los de la casuística americana con una diferencia de 4 años⁸. Este incremento en la edad de diagnóstico del MIS en nuestra población es debido a que el tipo histológico que predomina en las lesiones *in situ* es el lentigo maligno, melanoma que se da sobre todo en zonas fotoexpuestas (cabeza y cuello) en personas de edad avanzada^{10,11}.

No cabe duda de que la población está mejor informada de los riesgos de la exposición solar. Esta conciencia social, junto con la campañas de detección precoz como el «Día del Euromelanoma», instaurada en el año 2000 por la Academia Europea de Dermatología¹², el mejor acceso al sistema de salud y la más frecuente extirpación de lesiones pigmentadas sospechosas¹³, pueden haber contribuido al incremento de la incidencia del MIS.