



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ARTÍCULO DE OPINIÓN

Melanoma y embarazo

Melanoma and pregnancy

S. Serrano-Ortega* y A. Buendía-Eisman

Cátedra de Dermatología, Universidad de Granada, Granada, España

«Si usted ha tenido un melanoma no debe quedarse embarazada.» «Si el melanoma aparece en el embarazo, hay que interrumpirlo.»

Afirmaciones como estas las hemos oído muchas veces, aún se oyen y hemos dicho algunas, unas para evitar la reactivación de una hipotética enfermedad residual y otras para prevenir un mal pronóstico.

A lo largo de los años se ha mantenido una relación controvertida entre melanoma cutáneo (MC) y embarazo. Hemos leído artículos que defienden un mal pronóstico y otros que demuestran todo lo contrario, motivo por el que creemos es imprescindible disponer de datos suficientes para tomar la postura más correcta en cada caso.

Podemos afirmar que, por una parte, la incidencia de melanomas aumenta de forma desordenada en la mayoría de los países civilizados, a la vez que disminuyen los nacimientos. En España la mayor incidencia de MC, en varones, la encontramos en el registro de Zaragoza con 11,9 casos por 100.000 habitantes y en mujeres en el registro de Tarragona con 8,7 casos \times 100.000 habitantes. El registro con menor incidencia es el de Cuenca con 3,3 y 2 casos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente¹. El número de nacimientos en el año 2009 en España osciló entre los 18,07 por 1.000 habitantes de Melilla y los 7,76 de Asturias, con una media de 10,75 por 1.000 habitantes².

La incidencia de melanomas durante el embarazo oscila entre el 2,8 y 8,5 por 100.000 mujeres embarazadas^{3,4} y se estima una incidencia de cáncer durante el embarazo de un caso por cada 1.000 gestaciones, siendo los cánceres más

frecuentes los de cérvix, mama, melanoma, linfomas y leucemias agudas⁵. Cualquier cáncer en la mujer embarazada nos plantea posibles cambios en el pronóstico, en el tratamiento y la ocasional afectación del feto, tanto por la enfermedad como por el tratamiento que realicemos.

La controversia sobre las posibles relaciones perjudiciales del embarazo en mujeres con MC se inició en 1951, cuando Pack y Scharnagel⁶ publicaron en la revista *Cancer* una serie de 10 mujeres embarazadas con melanoma de las que la mitad murieron en un plazo entre 2 y 30 meses. En los años siguientes otros trabajos lo confirmaron explicando este mal pronóstico por las posibles influencias hormonales. De todas formas el rigor científico de estos trabajos es bastante bajo ya que no tienen en cuenta otros los factores pronósticos ni se compara con un grupo control. Fue a partir de la década de los años 1980 cuando aparecieron los primeros estudios de casos y controles que demuestran una supervivencia similar entre embarazadas y no embarazadas de la misma edad con melanoma⁷⁻¹⁰, por lo que hoy podemos afirmar, dentro de la prudencia, que el embarazo no modifica el pronóstico de la enfermedad.

En el presente número de ACTAS DERMOSIFILIOGRÁFICAS, Borges, Puig y Malveyh¹¹ hacen una excelente revisión de las distintas posibilidades que pueden plantearse en una mujer embarazada con lesiones pigmentadas: Cambios en los nevos, MC diagnosticado durante, antes o después del embarazo, así como el empleo de anticonceptivos orales o terapia hormonal sustitutiva en estas mujeres. La atenta lectura de este magnífico trabajo nos anima a realizar algunos comentarios.

- *Cambios en los nevos.* Durante el embarazo aparecen, cambian o empeoran las pigmentaciones de la piel, incluidos los nevos. Esta afirmación puede ser peligrosa si se generaliza y difunde a la población porque si un nevus sufre cambios durante el embarazo o aparece alguno de

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: consultadermatologia@gmail.com
(S. Serrano-Ortega).

novo se puede interpretar como una situación «normal» del embarazo, cuando en realidad sea el inicio de un MC que se va a diagnosticar más tarde, con más espesor y, por tanto, con peor pronóstico⁸. Creemos que las mujeres con muchos nevus y/o con nevus displásicos deben vigilarse durante el embarazo y ante cualquier cambio sospechoso hay que biopsiar, igual que hacemos en las mujeres no embarazadas.

- *Influencia del embarazo en el melanoma cutáneo.* No existen diferencias en el pronóstico de una mujer diagnosticada de MC según esté o no embarazada cuando se ajusta por el espesor y el estadio evolutivo del mismo⁵.

La posible influencia del embarazo en la historia natural del MC se puede explicar de 2 formas: bien por el aumento global de la incidencia y/o por la influencia que pudieran ejercer las hormonas.

En un estudio reciente se comprueba un aumento de la incidencia de MC del 2,7% anual en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 39 años, aunque parece que la causa principal de estos cambios es la exposición a radiación UV^{12,13}. Se ha demostrado que por cada 10 años que se cumplen se duplica la incidencia de melanoma, la cual entre los 20 y 30 años es del 5%, porcentaje que pasa al 11% entre los 30 y 39 años y al 19% entre los 40 y 49 años¹⁴, periodos que corresponden a la edad fértil de la mujer. En la actualidad es muy frecuente que la mujer posponga la maternidad, bien por su trabajo o porque, como sucede con frecuencia, algunas mujeres se plantean una nueva familia después de los 35-40 años. En España, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2009 se produjeron un total de 486.127 partos que se distribuyen, de acuerdo con la edad de la mujer, en un 4,1% entre los 15 y 20 años, porcentaje que aumenta progresivamente a un 11% entre 21 y 25 años, un 25,85% entre 26 y 30 años, un 37,8% entre 31 y 35 años y un 24% entre 36 y 40 años¹⁵.

En un estudio prospectivo de cohortes se estudian las posibles influencias de la historia ginecológica de la mujer en el MC¹⁶. No encuentran diferencias en el riesgo del mismo entre mujeres nulíparas y las que han parido una o más veces. No existe asociación entre la edad del primero ni del último embarazo y el riesgo de MC. Por el contrario, sí encuentran un riesgo menor en las mujeres que tuvieron la menarquia después de los 15 años (RR=0,67, IC 95%: 0,46-0,49) y en aquellas mujeres con ciclos menstruales irregulares. No hay diferencias cuando se compara el riesgo con la edad de la menopausia.

En la actualidad existen pruebas suficientes para afirmar que un embarazo no modifica el pronóstico de un melanoma, tanto si el MC se presentó antes, durante o después del embarazo¹⁷. De todas formas, como las recidivas, cuando se producen, son más frecuentes en los 3 primeros años, independientemente del embarazo, es preferible, en aquellas pacientes de alto riesgo, después de explicar la situación, aconsejar una espera de 3 años para quedarse embarazada después de la cirugía.

- *Tratamiento del melanoma durante el embarazo.* El objetivo principal es evitar las complicaciones para el feto y para la madre. En principio no hay ninguna contraindicación para el tratamiento quirúrgico. Una vez establecido

el diagnóstico se extirpa el tumor con el margen correspondiente y se cierra el defecto de acuerdo con los principios generales de la dermatología quirúrgica. Nosotros procedemos de la siguiente forma: lo primero es comprobar que el feto está vivo antes de la intervención (si es posible mediante revisión ginecológica el mismo día). Siempre ponemos anestesia local (lidocaína o mepivacaína sin adrenalina). Si el tumor es pequeño y es posible reconstruir por aproximación de bordes o un pequeño colgajo local, suele ser suficiente con anestesia local. Si se precisa mayor cirugía empleamos anestesia general, aunque también infiltramos la zona del primario con lidocaína/mepivacaína sin adrenalina lo cual nos permite disminuir la analgesia post-operatoria. Después del primer trimestre los medicamentos empleados actualmente en la anestesia no plantean ningún problema.

Cuando este indicada la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) puede realizarse. El IRCP (Comité Internacional de Protección Radiológica) considera un riesgo insignificante cuando la dosis del radiotrazador es menor de 1 mSv y la dosis a la que normalmente se expone un paciente durante la intervención de la BSGC es de alrededor de 0,4 mSv¹⁸. De todas formas debe reducirse al máximo el tiempo entre la inyección del radiocoloide y la intervención quirúrgica. Nosotros inyectamos el radiocoloide, hacemos la linfogammagrafía e inmediatamente pasa la paciente a quirófano. Normalmente invertimos, como máximo, una hora.

En los casos en que sea precisa la linfadenectomía, con las modernas técnicas de anestesia, puede realizarse la intervención sin ningún problema para la madre ni para el feto.

A modo de resumen podemos concluir que, de acuerdo con los conocimientos actuales, el embarazo no modifica nuestra actitud terapéutica frente al melanoma cutáneo, y un melanoma no contraindica un embarazo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. IARC. Cancer Incidence in five continents. Vol. IX. [consultado en 6/07/2011]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp160/index.php>.
2. Instituto Nacional de Estadística. Datos demográficos básicos. [consultado en 6/07/2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=2>.
3. O'Meara AT, Cress R, Xing G, Danielsen B, Smith LH. Malignant melanoma in pregnancy. A population-based evaluation. *Cancer*. 2005;103:1217-26.
4. Lens M, Bataille V. Melanoma in relation to reproductive and hormonal factors in women: current review on controversial issues. *Cancer Causes Control*. 2008;19:437-42.
5. Pentheroudakis G, Orecchia R, Hoekstra HJ, Pavlidis N, Guidelines Working Group ESMO. Cancer, fertility and pregnancy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2010;2010 Suppl 5:266-73.
6. Pack GT, Scharnagel IM. The prognosis for malignant melanoma in the pregnant woman. *Cancer*. 1951;4:324-34.
7. Reintgen DS, McCarty Jr KS, Vollmer R, Cox E, Seigler HF. Malignant melanoma and pregnancy. *Cancer*. 1985;55:1340-4.

8. MacKie RM, Bufalino R, Morabito A, Sutherland C, Cascinelli N. Lack of effect of pregnancy on outcome of melanoma. For The World Health Organisation Melanoma Programme. *Lancet*. 1991;337:653-5.
9. Silipo V, De Simone P, Mariani G, Buccini P, Ferrari A, Catri-cala C. Malignant melanoma and pregnancy. *Melanoma Res*. 2006;16:497-500.
10. Langagergaard V. Birth outcome in women with breast cancer, cutaneous malignant melanoma, or Hodgkin's disease: a review. *Clin Epidemiol*. 2011;3:7-19.
11. Borges V, Puig S, Malvey J, Nevus. *Melanoma y embarazo*. *Actas Dermo-Sifiliogr*. 2011.
12. Purdue MP, Freeman LE, Anderson WF, Tucker MA. Recent trends in incidence of cutaneous melanoma among US Caucasian young adults. *J Invest Dermatol*. 2008;128:2905-8.
13. Hausauer AK, Swetter SM, Cockburn MG, Clarke CA. Increases in Melanoma Among Adolescent Girls and Young Women in California: Trends by Socioeconomic Status and UV Radiation Exposure. *Arch Dermatol*. 2001;147:783-9.
14. MacKie RM, Hole D, Hunter JA, Rankin R, Evans A, McLaren K, et al. Cutaneous malignant melanoma in Scotland: incidence, survival, and mortality, 1979-94. The Scottish Melanoma Group. *BMJ*. 1997;315:1117-21.
15. Instituto Nacional de Estadística. 2009. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/parto/a2009/l0/&file=09002.px&type=pcaxis&L=0>.
16. Kvaskoff M, Bijon A, Mesrine S, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F. Cutaneous melanoma and endogenous hormonal factors: a large french prospective study. *Am J Epidemiol*. 2011;173:1192-202.
17. Albersen M, Westerling VI, van Leeuwen PA. The influence of pregnancy on the recurrence of cutaneous malignant melanoma in women. *Dermatol Res Pract*. 2010;2010:214745.
18. ICRP, 2000. Pregnancy and Medical Radiation. ICRP Publication 84. *Ann. ICRP* 30 (1).