

- 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.

Tabla 1 Características del melanoma in situ según el sexo. Girona, 1994–2005

Variable	Total	(%)	Hombres (n)	(%)	Mujeres (n)	(%)	Valor p
Edad							
Media (años)	62,28		61,20		62,96		0,524
Min-máx (años)	(22–92)		(25–88)		(22–92)		
Grupos de edad							
15–44	22	(15,9)	7	(13,0)	15	(17,9)	0,215
45–64	42	(30,4)	21	(38,9)	21	(25,0)	
≥65	74	(53,6)	26	(48,1)	48	(57,1)	
Localización							
Cabeza y cuello	59	(42,8)	26	(48,1)	33	(39,3)	0,200
Tronco	31	(22,5)	14	(25,9)	17	(20,2)	
Miembro superior	7	(5,1)	3	(5,6)	4	(4,8)	
Miembro inferior	16	(11,6)	2	(3,7)	14	(16,7)	
Otros y SAI	25	(18,1)	9	(16,7)	16	(19,0)	
Histología							
MES	4	(2,9)	1	(1,9)	3	(3,6)	0,459
LM	79	(57,2)	28	(51,9)	51	(60,7)	
MLA	1	(0,7)	0	(0,0)	1	(1,2)	
Otros y SAI	54	(39,1)	25	(46,3)	29	(34,5)	
Periodo diagnóstico							
1994–1999	44	(31,88)	18	(33,3)	26	(30,9)	
2000–2005	94	(68,12)	36	(66,7)	58	(69,1)	
Total	138	(100,0)	54	(39,1)	84	(60,9)	

LM: lentigo maligno; MLA: melanoma lentiginoso acral; MES: melanoma de extensión superficial; SAI: *sine alter indicatio* (sin otra indicación).

Tabla 2 Incidencia del melanoma in situ en Girona: tendencias durante el periodo 1994–2005

	1994–1996	1997–1999	2000–2002	2003–2005
In situ				
Hombres				
N	6	12	13	23
TB	0,78	1,53	1,57	2,43
TA _m	0,54	0,95	0,97	1,44
PCA _{1994–2005}	11,51% (IC 95%: 4,61 a 18,86)*			
Mujeres				
N	9	17	22	36
TB	1,15	2,13	2,62	3,85
TA _m	0,68	1,4	1,5	2,23
PCA _{1994–2005}	11,43% (IC 95%: 2,04 a 21,69)*			

*Estadísticamente significativo; N: promedio anual del número de casos nuevos; PCA: porcentaje estimado de cambio anual y su intervalo de confianza del 95%; TA_m: tasa ajustada por edad a la población estándar mundial por 100.000 personas-año; TB: tasa bruta por 100.000 personas-año.

Monitorizar las tendencias del melanoma según el estadiaje nos permitirá evaluar en un futuro la efectividad de las campañas de prevención del melanoma cutáneo en nuestro país; por esta razón sería necesario disponer de más información sobre las características diagnósticas del melanoma cutáneo por parte de los registros españoles de cáncer de base poblacional.

Bibliografía

1. Lens MB, Dawes M. Global perspectives of contemporary epidemiological trends of cutaneous malignant melanoma. *Br J Dermatol.* 2004;150:179–85.
2. Saenz S, Conejo-Mir J, Cayuela A. Epidemiología del melanoma en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:411–8.

3. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. IARC Scientific Publications No. 160, Lyon: IARC, 2007.
 4. Borrás J, Ameijide A, Vilardell L, Valls J, Marcos-Gragera R, Izquierdo A. Trends in cancer incidence in Catalonia, 1985–2002. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 1):11–8.
 5. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med*. 2000;19:335–51.
 6. Thorn M, Ponten F, Johansson AM, Bergstrom R. Rapid increase in diagnosis of cutaneous melanoma in situ in Sweden, 1968–1992. *Cancer Detect Prev*. 1998;22:430–7.
 7. Roder DM, Luke CG, McCaul KA, Esterman AJ. Trends in prognostic factors of melanoma in South Australia, 1981–1992: implications for health promotion. *Med J Aust*. 1995;162:25–9.
 8. Lee JA. The systematic relationship between melanomas diagnosed in situ and when invasive. *Melanoma Res*. 2001;11:523–9.
 9. Coory M, Baade P, Aitken J, Smithers M, McLeod GR, Ring I. Trends for in situ and invasive melanoma in Queensland, Australia, 1982–2002. *Cancer Causes Control*. 2006;17:21–7.
 10. Forman SB, Feringer TC, Peckham SJ, Dalton SR, Sasaki GT, Libow LF, et al. Is superficial spreading melanoma still the most common form of malignant melanoma? *J Am Acad Dermatol*. 2008;58:1013–20.
 11. LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A. World Health Organisation Classification of Tumours. Pathology and Genetics Skin tumours. Lyon: IARC Press; 2006.
 12. Conejo-Mir J, Bravo J, Paz-Pérez JL, Fernandez-Herrera J, Guillen C, Marti R, et al. Día del Euromelanoma. Resultados de las campañas del 2000, 2001 y 2002 en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:217–21.
 13. Cayuela A, Rodríguez-Domínguez S, Vigil E, Conejo-Mir JS. Effect of age, birth cohort and period of death on skin melanoma mortality in Spain, 1975 through 2004. *Int J Cancer*. 2008;122:905–8.
- N. Vilar-Coromina^{a,b}, L. Vilardell^c, A. Cano^c y R. Marcos-Gragera^{c,d,*}
- ^aServei de Dermatologia, Hospital Sant Jaume, Olot, Girona, España
^bDepartament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España
^cUnitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona, Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Institut Català d'Oncologia, Girona, España
^dUniversitat de Girona, Girona, España
- *Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: rmarcos@iconcologia.net (R. Marcos-Gragera).

doi:10.1016/j.ad.2010.01.010

Liquen escleroso y atrófico en el lugar de inyección de insulina: fenómeno de Koebner inusual

Lichen Sclerosus Atrophicus at an Insulin Injection Site: An Unusual Koebner Phenomenon

Sr. Director:

Más del 30% de los pacientes diabéticos tienen afectación cutánea durante el curso de su enfermedad. Pueden aparecer: a) enfermedades como escleredema, *bullis diabetorum* (ampolla diabética), granuloma anular, piel cética con movilidad articular limitada de los dedos de las manos, empedrado digital, xantomas eruptivos, piel amarilla, dermatopatía diabética, etc.; b) cuadros infecciosos bacterianos como eritrasma, fascitis necrotizante y otitis externa maligna y micóticos como candidiasis mucocutáneas y mucormicosis rinocerebral; y c) reacciones producidas por los medicamentos antidiabéticos¹.

La prevalencia de reacciones cutáneas secundarias a la insulina ha disminuido desde la aparición de formas purificadas y recombinantes (el 50–60% en las décadas de los años cincuenta y sesenta a menos del 3% a finales de los noventa). Las reacciones alérgicas suelen verse en el sitio de inyección y pueden aparecer de forma precoz o tardía en forma de eritema, prurito e induración. También se puede encontrar en estas zonas lipoatrofia, lipohipertrofia,

abscesos, xantomatosis, erupción ampollosa, necrosis, púrpura, granulomas, hiperpigmentación, queloides o amiloidosis².

Describimos el caso de una mujer con diabetes mellitus tipo 2 que desarrolló un liquen escleroso y atrófico (LEA) en los puntos del abdomen donde inyectaba la insulina.

Se trata de una mujer de 55 años de edad con los antecedentes personales de tiroidectomía subtotal por adenoma folicular de tiroides e histerectomía total con anexectomía bilateral por endometriosis. Presentaba diabetes mellitus tipo 2 de 18 años de evolución por la que se le pautó insulina en 2003. Actualmente se encuentra en tratamiento con régimen de insulina bolo basal y análogos rápidos (insulina glargina 54 unidades en la mañana e insulina aspartato 6 unidades por la noche), metformina y repaglimida. Fue remitida por su endocrinólogo a nuestra consulta para la valoración de unas lesiones cutáneas pruriginosas situadas en la zona abdominal abdominal de un año de evolución.

En la exploración física se observaron, a ambos lados del abdomen, múltiples pápulas blanquecinas con tapones queratósicos foliculares que se agrupaban formando dos placas induradas y de límites netos (fig. 1A). Además, la lesión localizada en el lado derecho del abdomen presentaba un zona central ampollosa y costrosa (fig. 1B). En el área perianal se objetivó una placa blanquecina, brillante, con elementos purpúricos intralesionales (fig. 2). La paciente refería que las lesiones del abdomen aparecieron en la zona donde realizaba las inyecciones de insulina de forma habitual.

Se realizó una biopsia de la lesión localizada en la zona derecha del abdomen, cuyo estudio histopatológico mostró una