

INCIDENCIA DE MELANOMA CUTÁNEO EN LA RIOJA. PERÍODO 1993-1998

Josefina Perucha González.

Responsable del Registro de Cáncer de La Rioja.

Introducción

El melanoma maligno es un tumor que deriva del melanocito. Éste es la célula que forma el pigmento melánico y se origina en la cresta neural. En su desarrollo fetal migra a la capa basal de la epidermis, al ojo (membrana corioidea) y a la pía madre (sistema nervioso central), por lo que el melanoma maligno también puede aparecer en estas dos últimas localizaciones, aunque esto es mucho menos frecuente.

Los melanomas cutáneos se inician en la epidermis con la proliferación de melanocitos en la unión dermo-epidérmica y de forma gradual presentan un crecimiento intraepidérmico que llega a afectar a toda la epidermis. Cuando inician la fase de crecimiento vertical, rompen la unión dermo-epidérmica y pasan a invadir la dermis papilar, reticular y tejido graso subcutáneo.

Epidemiología

Las tasas de incidencia se han ido incrementando en toda Europa en las pasadas décadas. En España en el año 1958, la tasa de incidencia ajustada a la población europea por 100.000 habitantes, en población igual o mayor de 25 años, fue de 0,03 y en el año 1997 había ascendido hasta 2,3¹.

La edad más común de aparición para los dos sexos es la sexta década². Otros autores la sitúan entre los 40 - 49 años en las mujeres y los 50 - 59 años en los hombres³. La localización más frecuente en hombres es el tronco y la espalda, mientras que en la mujer es más habitual que se presente en las extremidades inferiores³.

Factores de riesgo

La causa principal de melanoma es la exposición intermitente a fuentes de radiación ultravioleta (principalmente UVB), tanto solares como artificiales, en combinación con los factores endógenos como el tipo de la piel -fototipo I y II- y la predisposición genética³. En España las personas suelen tener las características del fototipo III y IV. El riesgo de melanoma se relaciona más con las exposiciones agudas al sol e insolaciones en la infancia y en la juventud, que con la exposición crónica en personas adultas, de forma que más del 80% del daño solar se produce antes de los 20 años de edad³ por lo que es fundamental la fotoprotección en la infancia. Los obreros al aire libre tienen un riesgo disminuido de melanoma comparado con los obreros interiores, sugiriendo que la exposición de la luz del sol crónica puede tener un efecto protector⁴.

No todas las cabinas de rayos UVA se encuentran en buen estado, ni cumplen los requisitos impuestos por el fabricante para su uso. Con el paso del tiempo estas máquinas suelen perder sus filtros protectores y empiezan a emitir cantidades excesivas de rayos UVB, que son sumamente peligrosos

para la piel. Incluso, si sufren averías o su mantenimiento es incorrecto, estos aparatos pueden producir radiaciones ultravioleta de tipo C⁵.

Una revisión de la literatura en MEDLINE desde el 1 de enero de 1984 a abril de 2004 indica un riesgo significativamente aumentado de melanoma cutáneo subsiguiente a la exposición en cabinas de rayos UVA⁶.

Algunos estudios demuestran que existen distintas sendas genéticas que llevan al melanoma porque hay melanomas que aparecen en zonas expuestas al sol pero otros no y hay melanomas que aparecen en nevus melanocíticos preexistentes pero otros aparecen de novo⁴.

Otros factores de riesgo son historia de melanoma familiar, nevus atípicos, número elevado de nevus, nevus melanocítico congénito gigante, e inmunosupresión⁷.

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.

El sistema **ABCD** (**Asimetría**-una mitad es distinta de la otra-, **Bordes**-bordes festoneados o poco delimitados, **Color** variado-cambios cromáticos de una a otra área; sombreado de moreno y marrón; negro; a veces blanco, rojo o azul-, **Diámetro**- más grande de 6 mm) se inventó en 1985 y se adoptó ampliamente. Los datos disponibles no apoyan la utilidad de bajar el criterio del diámetro a menos de 6 mm. Sin embargo, los datos apoyan la expansión a ampliar el sistema a **ABCDE** correspondiendo la letra E a **Evolución** para dar énfasis a la importancia de la evolución de las lesiones pigmentarias (sangrado, inflamación, enrojecimiento, picor) en la historia natural de melanoma⁸.

Tipos histológicos

Clásicamente se describen 4 formas clínico-patológicas de melanoma cutáneo en relación a la localización anatómica y a su evolución⁹. Las tres formas clínicas: melanoma de extensión superficial, el léntigo melanoma maligno y el melanoma acrolentiginoso, tienen una fase de crecimiento intraepidérmica larga, en la cual el tumor está completamente limitado a la epidermis. El cuarto tipo de melanoma, el melanoma nodular, tiene una fase de crecimiento intraepidérmica muy corta con el paso al crecimiento vertical (dérmico) rápido. En la actualidad se considera el melanoma como una sola entidad que puede evolucionar hacia una forma clínico-patológica u otra dependiendo de varios factores no bien establecidos como la localización anatómica, y/o el daño solar asociado.

Factores Pronósticos

La medición del espesor tumoral en milímetros, que se conoce como

1. - Incidencia de Melanoma Cutáneo en La Rioja. Período 1993-1998.
2. - Evaluación de la notificación de E.D.O.
3. - Defunciones en La Rioja según grupo de causa, sexo y edad.
4. - Estado de las enfermedades de declaración obligatoria.
 - 4.1. - Situación General.
 - 4.2. - Distribución por Zonas de Salud.

índice de Breslow, y la ulceración, son dos variables independiente de otros factores, que determinan el pronóstico y la supervivencia de los enfermos con melanoma. A estos dos factores hay que añadirles el sexo (las mujeres suelen presentar mejor pronóstico, la localización (los localizados en cuero cabelludo, manos y pies tienen peor pronóstico), la edad (a mayor edad peor pronóstico), el índice mitótico (mitosis/mm², un alto índice mitótico presenta un peor pronóstico), la respuesta inflamatoria al tumor (una intensa reacción inflamatoria indicaría un mejor pronóstico), la regresión (indicaría un peor pronóstico), la invasión vascular (indicaría un peor pronóstico) y el subtipo histológico del tumor primario¹⁰.

A los 5 años, la tasa de supervivencia de los pacientes con los estadíos I, II, III y IV fueron 84.39%, 56.03%, 34.7% y 0%, respectivamente².

Una detección más temprana del melanoma (en las primeras fases del tumor, entre un 90 a un 95% de los pacientes consigue curarse, mientras que en las fases avanzadas, sólo el 22 % vive diez años después de haber sido intervenido) y el avance en el tratamiento de la enfermedad, ha supuesto en los últimos años un aumento de la supervivencia global a la enfermedad por parte de los pacientes y una mejora en la calidad de vida de los mismos³.

El objetivo del estudio es describir la situación del melanoma cutáneo en la Comunidad Autónoma de La Rioja durante el periodo 1993-1998

Material y Métodos

El material y los métodos utilizados son los citados en la publicación "Incidencia de Cáncer en La Rioja. Años 1993 y 1994"¹¹, excepto algunas modificaciones que se citan a continuación. La localización tumoral se ha codificado utilizando la CIE 10¹² en lugar de la CIE 9, y el tipo histológico, el comportamiento y la diferenciación, se han codificado utilizando la CIE-O segunda edición¹³ en lugar de la CIE-O primera edición.

Las bases de diagnóstico del cáncer han pasado de tres categorías a 10 (sólo clínica, investigación clínica, cirugía exploratoria/autopsia sin histología, test específicos bioquímicos o inmunológicos, citología/hematología, histología de metástasis, histología de tumor primario, autopsia con histología, sólo Certificado de Defunción y desconocido).

La población utilizada para el cálculo de las tasas, se ha obtenido de las estimaciones intercensales de la población correspondientes a cada año en estudio, publicadas por el INE¹⁴.

El procesamiento de los datos y las pruebas de validez interna, se realizan en una nueva aplicación informática que trabaja en entorno INTERNET y que también lleva a cabo la explotación estadística de los datos junto con la hoja de cálculo Excel 97.

Las tasas se han ajustado por edad, utilizando como población estándar

Tabla 1. Casos, porcentaje, tasa bruta (TB) y ajustada a la población mundial (TAM) y a la población europea (TAE) (por 100.000). Melanoma cutáneo. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

C43 Melanoma cutáneo	Casos	%	TB	TAM	TAE
Hombres	44	1,13	5,61	3,8	4,93
Mujeres	44	1,77	5,51	3,4	4,48

la población mundial. Se han comparado las tasas ajustadas de La Rioja con las tasas ajustadas de los Registros españoles publicadas en el libro "Cancer Incidence in Five Continents"¹⁵. Para que los periodos de comparación sean lo más homogéneos posible, se ha utilizado el periodo 1993-1997 en lugar del periodo 1993-1998 ya que el año 1998 no aparece en los periodos de ningún Registro.

La evolución de las tasas ajustadas se ha evaluado mediante la variación del porcentaje anual de cambio. Como esta variación anual presenta una enorme dispersión en sus valores, se ha calculado la tasa ajustada del quinquenio 1993-1997 para estabilizar las tasas y el resultado de la misma se ha comparado con la tasa del año 1998¹⁶.

Resultados

En el periodo 1993-1998 se registraron en la población residente en La Rioja 88 nuevos casos de Melanomas cutáneos. El 50% (44 casos) fueron diagnosticados en mujeres y el 50% (44 casos) lo fueron en hombres.

En la tabla 1 se presentan el número y porcentaje de casos con respecto al total de los tumores malignos, la tasa bruta y las tasas ajustadas a la población mundial y europea.

Si se ordenan por número de casos incidentes, el melanoma cutáneo ha ocupado el decimoquinto lugar de las 76 localizaciones tumorales que se estudian en hombres según la clasificación CIE-O-2. En mujeres, de las 80 localizaciones estudiadas y ordenadas, el melanoma cutáneo ha ocupado el duodécimo lugar.

El porcentaje de casos con verificación citohistológica ha sido del 100% en hombres y del 97,73 % en las mujeres.

La edad media al diagnóstico ha sido de 58 años en los dos sexos. La razón hombre mujer de las tasas ajustadas a la población mundial ha sido de 1,10

En la tabla 2 podemos observar cómo el 52,27 % de los casos registrados en hombres se diagnosticaron en el grupo de edad de 35-64 años mientras que en mujeres el mayor porcentaje 47,73% se diagnosticaron en la población mayor de 65 años.

En la Tabla 3 se describe el porcentaje de las diferentes localizaciones. Al igual que en los diversos estudios epidemiológicos que existen, la localización más frecuente se da en hombres en el tronco y en mujeres en las piernas.

La clasificación histológica se puede ver en la tabla 4. En el 50,09% del total de casos no estaba explicitado en los informes anatomopatológicos el tipo morfológico del melanoma dándose en mujeres esta circunstancia en un número bastante mayor que en los hombres. El melanoma nodular

Tabla 2. Casos y porcentaje por grupos de edad y sexo. Melanoma cutáneo. La Rioja 1993-1998.

Grupos de Edad	Hombres		Mujeres	
	Casos	%	Casos	%
0-14 años	0	0,00	0	0,00
15-34 años	4	9,09	5	11,36
35-64 años	23	52,27	18	40,91
> 64 años	17	38,64	21	47,73
Total	44	100,00	44	100,00

Tabla 3. Casos y porcentaje de las localizaciones de melanoma cutáneo. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

CIE 10	Localización	Hombres		Mujeres	
		Casos	%	Casos	%
C43.1	Párpado	1	2,27	0	0,00
C43.3	Cara (no labio ni oreja)	9	20,45	6	13,63
C43.4	Cuero cabelludo y cuello	4	9,09	1	2,27
C43.5	Tronco	10	22,72	5	11,36
C43.6	Brazo	8	18,18	4	9,09
C43.7	Pierna	7	15,90	23	52,27
C43.9	Sitio no especificado	5	11,36	5	11,36

Tabla 4. Tipos histológicos. Melanoma cutáneo. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

Histología CIE O 2	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Melanoma maligno	20	45,45	32	72,73	52	59,09
Melanoma nodular	14	31,82	5	11,36	19	21,59
Melanoma en léntigo maligno	6	13,64	3	6,82	9	10,23
Melanoma de extensión superficial	2	4,55	1	2,27	3	3,41
Melanoma fusocelular	2	4,55	1	2,27	3	3,41
Melanoma maligno lentiginoso acral	0	0,00	1	2,27	1	1,14
Melanoma maligno en melanosis precancerosa	0	0,00	1	2,27	1	1,14
Todas las morfologías	44	100,00	44	100,00	88	100,00

Tabla 5. Clasificación por niveles de Clark. Melanoma cutáneo. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

Niveles de Clark	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Desconocido	8	18,18	8	18,18	16	18,18
I	1	2,27	0	0,00	1	1,13
II	6	13,64	8	18,18	14	15,90
III	10	22,73	12	27,27	22	25,00
IV	8	18,18	13	29,55	21	23,86
V	11	25,00	2	4,55	13	14,77

Tabla 6. Clasificación según el índice de Breslow. Melanoma cutáneo. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

Índice de Breslow	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Desconocido	20	45,45	22	50,00	42	47,72
0,75 mm o menos	3	6,82	6	13,64	9	10,22
0,76 mm - 1,50 mm	4	9,09	6	13,64	10	11,36
1,51 mm - 4,0 mm	10	22,73	8	18,18	18	20,45
4,10 mm o más	7	15,91	2	4,56	9	10,22

Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes, específicas por grupos de edad y sexos. Melanoma maligno. La Rioja 1993-1998.

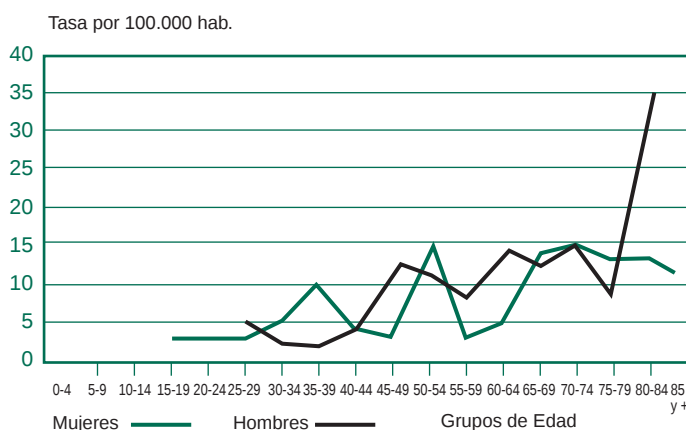


Tabla 7. Porcentaje de cambio anual. Ambos sexos. Melanoma cutáneo. La Rioja 1993-1998.

Años	Hombres		Mujeres	
	Tasa ajustada	% de cambio	Tasa ajustada	% de cambio
1993	180		2,40	
1994	2,48	+37,78	3,49	+45,42
1995	3,53	+42,34	2,44	-30,09
1996	2,85	-19,26	2,95	+20,90
1997	5,84	+104,91	4,94	+67,46
1998	6,04	+3,42	4,35	-11,94

Tabla 8. Porcentaje de cambio anual de las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial (TA), por grupos de edad. Quinquenio 1993-1997 versus 1998. Hombres. Melanoma cutáneo. La Rioja 1993-1998.

Hombres			
Grupos de edad	TA 1993-1997	TA 1998	% de cambio 1993-97 vs. 1998
0-14	0,00	0,00	0,00
15-34 años	1,39	2,48	78,41
35-64 años	6,39	14,27	123,31
> 64 años	12,95	12,08	-6,71
Total	3,30	6,04	83,03

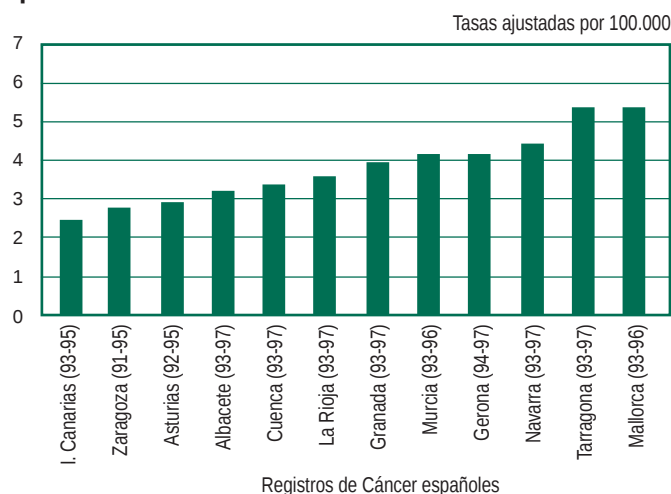
Tabla 9. Porcentaje de cambio anual de las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial (TA), por grupos de edad. Quinquenio 1993-1997 versus 1998. Mujeres. Melanoma cutáneo. La Rioja 1993-1998.

Mujeres			
Grupos de edad	TA 1993-1997	TA 1998	% de cambio 1993-97 vs. 1998
0-14	0,00	0,00	0,00
15-34 años	2,31	0,00	-100,00
35-64 años	5,07	11,89	+134,51
> 64 años	13,61	9,49	-30,27
Total	3,20	4,35	+35,93

Tabla 10. Riesgo acumulado (RA) de 0-64 años y de 0-74 años. Ambos sexos. Melanoma maligno. La Rioja 1993-1998.

Melanoma cutáneo	RA de 0 - 64 años	RA de 0 - 74 años
Hombres	0,28	0,40
Mujetes	0,23	0,36

Gráfico 2. Tasas de incidencia ajustadas a la población mundial por 100.000 habitantes. Hombres. Registros españoles 1993-1997. Melanoma cutáneo.



Fuente: Cancer Incidence in Five Continents. Vol VIII¹⁵.

ocupa el segundo lugar del total de caso triplicándose en el caso de los hombres.

En las tablas 5 y 6 se describen la clasificación por niveles de Clark y por índice de Breslow.

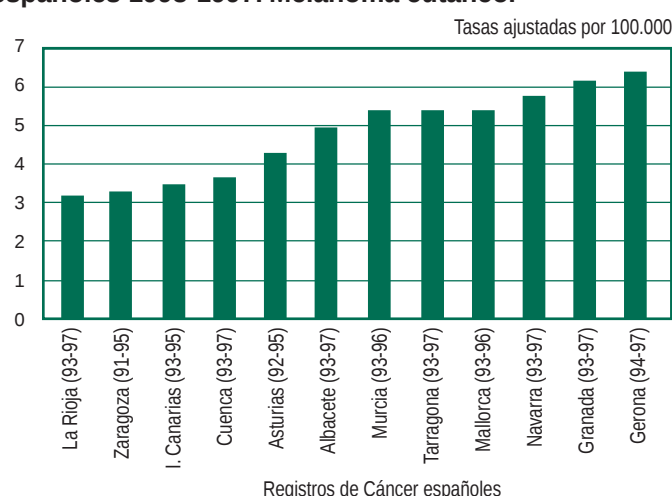
Se observa que el estadio IV se da en mucha mayor proporción en las mujeres mientras que en el estadio V el porcentaje es muy superior en los hombres.

De los 16 casos sin clasificación de Clark, que tampoco estaban clasificados según el índice de Breslow, 4 casos estaban clasificados según el sistema TNM y otros 3 según el sistema de la AJCC. Por tanto, de los 88 casos diagnosticados en el periodo 1993-1998, tan sólo 9 no reflejaron el estadio. En el 82,95% de los casos no se reflejó la clasificación TNM y en el 93,18% no se reflejó la clasificación de la AJCC.

El progresivo aumento de las tasas de incidencia específicas por edad, que se observa en los grupos de edad más avanzados en la mayoría de las localizaciones tumorales, no es seguido de manera exacta por el melanoma cutáneo, que presenta un patrón algo diferente, sobre todo en las mujeres. (Gráfico 1).

Hay un incremento de las tasas de incidencia ajustadas a la población

Gráfico 3. Tasas de incidencia ajustadas a la población mundial por 100.000 habitantes. Mujeres. Registros españoles 1993-1997. Melanoma cutáneo.



Fuente: Cancer Incidence in Five Continents. Vol VIII¹⁵.

mundial, que se evidencia en el aumento de los porcentajes de cambio de dichas tasas. Como los valores de los porcentajes anuales son muy dispersos (tabla 7), se ha calculado la tasa ajustada del quinquenio 1993-1997, para conseguir de esta forma que el valor calculado sea más estable y que la comparación de esta tasa quinquenal con la tasa del año 1998 nos dé una idea más exacta de la tendencia del melanoma cutáneo.

En las tablas 8 y 9 se observa que ha habido en hombres un porcentaje global de cambio del 83,03% sobre todo a expensas del grupo de edad de 35-64 años. En mujeres el porcentaje global de cambio ha sido del 35,93%, a expensas del mismo grupo de edad.

En la tabla 10 se observa que el riesgo acumulado para el periodo 1993-98 ha sido para los hombres, de 0,28 entre 0-64 años y 0,4 entre 0-74 años. Para las mujeres el riesgo acumulado en el periodo de 0 a 64 años ha sido de 0,23 y en el periodo de 0 a 74 años de 0,36.

En La Rioja, las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial para el melanoma cutáneo, ocupan el lugar más bajo en mujeres y el intermedio en hombres con respecto a los Registros de cáncer españoles que publicaron sus datos en Cancer Incidence in Five Continents. Vol VIII¹⁵. (Gráficos 2 y 3).

Discusión

Aunque existe la posibilidad de que algún caso de melanoma no fuera registrado en el año de su aparición (antes era más habitual el desplazamiento de enfermos a otras Comunidades Autónomas para ser tratados en ellas), la situación favorable que tiene la Comunidad Autónoma de la Rioja por poseer un Registro de Mortalidad, el cual permite recuperar datos de personas no registradas en su momento, hace que sea bastante improbable la pérdida de un elevado número de casos, por lo que se puede decir que los datos de esta publicación reflejan de forma fidedigna la situación del melanoma cutáneo en nuestra Comunidad.

El melanoma cutáneo en La Rioja sigue unos patrones similares a los publicados en los numerosos estudios que desde hace décadas se vienen realizando en todo el mundo. La edad media de aparición en ambos sexos alrededor de la sexta década²; el tronco como principal localización en los hombres y las piernas en las mujeres³; el porcentaje de verificación histológica cercano al 100%¹⁵; las tasas de incidencia similares en los dos sexos o más altas en hombres¹⁷; el aumento progresivo de las tasas de incidencia^{1,17,18,19} reflejado en el porcentaje de cambio anual, que en los hombres ha sido de un 83,03% y en mujeres de 35,93%.

La Rioja presenta un situación muy favorable respecto a los registros españoles (la tasa ajustada es la más baja en mujeres e intermedia en hombres) aunque esta situación no nos debe frenar en la aplicación de todos los programas preventivos que sean necesarios porque las tasas siguen aumentando.

Los datos obtenidos en la estimación del riesgo en el periodo 1993-1998, explican que, en ausencia de mortalidad por otras causas y si las tendencias no se modifican, uno de cada 250 hombres (entre 0 y 64 años) o uno de cada 350 (entre 0 y 74 años) serán diagnosticados de melanoma cutáneo. En mujeres, en ausencia de mortalidad por otras causas y si las tendencias no se modifican, una de cada 434 mujeres (entre 0 y 64 años) y una de cada 277 mujeres (entre 0 y 74 años) serán diagnosticadas de melanoma cutáneo.

En un 59,09% de casos la clasificación histológica es exclusivamente de melanoma maligno, sin especificar el subtipo histológico, lo que es una situación poco favorable para poder realizar estudios de supervivencia.

Existen 4 sistemas para clasificar por estadíos al melanoma cutáneo: Niveles de invasión de Clark, índice de Breslow que mide la profundidad de la lesión en mm, la clasificación TNM y la clasificación de la AJCC por estadíos. En el periodo 1993-1998, en un 10,22% de los casos no se utilizó ningún tipo de sistema de estadiaje. El sistema de niveles de Clark se utilizó en el 81,82% de los casos. El pronóstico empeora al aumentar el nivel, pero tiene menos valor que el espesor medido por medio del índice de Breslow, que sólo se realizó 52,28% de los casos. Tan sólo la cuarta parte de los pacientes con melanoma de cuatro milímetros de grosor sobreviven a los cinco años, mientras que los melanomas de menos de un milímetro tienen un pronóstico excelente. La proporción fue más elevada a partir del estadío III, lo que implica un peor pronóstico, el estadío IV se dio en mucha mayor proporción en las mujeres mientras que en el estadío V el porcentaje fue muy superior en los hombres.

El Registro de Cáncer de La Rioja participó en un estudio descriptivo¹⁷ de la distribución del estadío del melanoma cutáneo en Europa, con particular referencia a sus tendencias temporales. Este estudio demostró la potencial utilidad de la calidad alta de los datos de los Registros de cáncer, y en su utilización para monitorizar los programas de prevención que de unos años a esta parte, se están poniendo en marcha desde los distintos estamentos implicados en esta patología.

Bibliografía

1. De Vries E, Bray FI, Coebergh JW W, Parkin DM. Changing Epidemiology of malignant cutaneous melanoma in Europe 1953-1997: Rising trends in incidence and mortality but recent stabilizations in western Europe and decreases in Scandinavia. *Int. J. Cancer* 2003; 107:119-126.
2. Chang JW, Yeh KY, Wang CH, Yang TS, Chiang HF, Wei FC, Kuo TT, Yang CH. Malignant melanoma in Taiwan: a prognostic study of 181 cases. *Melanoma Res.* 2004; 14(6):537-41.
3. V Curso de Avances en Cirugía Dermatológica y Melanoma. Pamplona, 27 de febrero de 2004. En: <http://www.cun.es/html/noticias/n180.htm>
4. Rivers JK. Is there more than one road to melanoma? *Lancet* 2004; 363(9410):728-30.
5. García M L. Todo por una piel canela: El peligro del bronceado artificial. *The Beacon. The student newspaper of Florida International University*, 2003. En: <http://www.beaconnewspaper.com/news/>
6. Gallagher RP, Spinelli JJ, Lee TK. Tanning beds, sunlamps, and risk of cutaneous malignant melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005; 14(3):562-6.
7. Ruiz Lascano A, Kuznitzky R, Cuestas E, Mainardi C, Albertini R, Borello A, Kurpis M, Campana R, Palazzo E. Risk factors for cutaneous melanoma: case-control study in Cordoba, Argentina. *Medicina (B Aires)*. 2004; 64(6):504-8.
8. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, Kopf AW, Polsky D. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. *JAMA* 2004; 292(22):2771-6.
9. Prevención y Tratamiento del Melanoma. Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública, 1999
10. Leiter U, Meier F, Schitteck B, Garbe C. The natural course of cutaneous melanoma. *J Surg Oncol.* 2004; 86(4):172-8.
11. Perucha J. Material y Métodos en: Incidencia de Cáncer en La Rioja. Años 1993 y 1994. Logroño, 2001; p. 29-35.
12. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión, Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.
13. Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Segunda Edición. Ginebra 1995.
14. <http://www.ine.es/inebase/index.html>.
15. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. *Cancer Incidence in Five Continents. Volume VIII. Nº 155*; Lyon: IARC Scientific Publications, 2002.
16. Regidor E. Evolución de la mortalidad en el primer año de vida en España (1975-1988). *Gac Sanit* 1993; 36:110-115.
17. De Vries E, Bray FI, Eggermont AMM, Coebergh JWW, ENCR. Monitoring stage-specific trends in melanoma incidence across Europe reveals the need for more complete information on diagnostic characteristics. *European Journal of Cancer Prevention* 2004; 13:387-395.
18. Lends MB, Dawes M. Global perspectives of contemporary epidemiological trends of cutaneous malignant melanoma. *British Journal of Dermatology* 2004; 150: 179-185.
19. Redondo P. Actualización en Melanoma: incidencia, desarrollo y aspectos biológicos. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2003;1(23). En <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n1/revi2a.html>

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Enero 2005.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
1	67,64	3,73
2	82,18	1,15
3	85,26	1,90
4	79,49	4,40

(1) El porcentaje poblacional de declaración estima la proporción de personas en La Rioja sobre las que se ha recibido notificación de casos.

(2) El porcentaje poblacional de declaración en blanco estima la proporción de personas de La Rioja sobre las que, habiendo recibido información, la notificación está en blanco.

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - SEGÚN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD - AÑO 2004 - JULIO

(XXI Grandes Grupos de Enfermedades según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE 10), cifras absolutas y tasas específicas por mil habitantes)

CAUSA DE DEFUNCIÓN		TOTAL	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 y +	
I	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N.º 0/00 2 0,01														1 0,07				1 0,17	
II	TUMORES	N.º 0/00 55 0,20										1 0,05	2 0,12	3 0,20	4 0,32	6 0,39	13 0,93	12 1,01	9 1,25	5 0,86	
III	ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00 1																		1 0,17	
IV	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 11 0,04													1 0,08		1 0,07		3 0,42	6 1,03	
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00 7 0,03																	1 0,14	6 1,03	
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 11 0,04											1 0,06				1 0,07	1 0,08	6 0,83	2 0,34	
VII	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																			
VIII	ENFERMEDADES DEL OIDO Y APÓFISIS MASTOIDES	N.º 0/00																			
IX	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00 58 0,21							1 0,05				1 0,06	2 0,13	1 0,08	1 0,07	3 0,21	10 0,84	14 1,94	25 4,28	
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 15 0,05												1 0,07		2 0,13		1 0,08	4 0,55	7 1,20	
XI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 10 0,04									1 0,05			1 0,07			1 0,07	3 0,25	2 0,28	2 0,34	
XII	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00																			
XIII	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00 1																		1 0,17	
XIV	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 5 0,02																		5 0,86	
XV	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																			
XVI	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	N.º 0/00																			
XVII	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOM. CROMOSO.	N.º 0/00																			
XVIII	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	N.º 0/00 2 0,01																		2 0,34	
XX	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 8 0,03				1 0,07			1 0,05			1 0,05						3 0,25	2 0,28		
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																			
TOTAL GENERAL		N.º 0/00 186 0,67				1 0,07			2 0,09		1 0,05	2 0,11	4 0,24	7 0,46	6 0,48	10 0,65	19 1,36	30 2,53	41 5,68	63 10,78	
TOTAL MUJERES		N.º 0/00 95 0,68									1 0,10	1 0,11	1 0,12	3 0,40	1 0,16	4 0,50	10 1,34	22 4,97	42 10,55		
TOTAL VARONES		N.º 0/00 91 0,66				1 0,13			2 0,17			1 0,11	3 0,34	4 0,51	5 0,82	6 0,81	9 1,39	20 3,92	19 6,81	21 11,28	

☆ Cifras provisionales. Comprende las defunciones ocurridas en La Rioja y con residencia en la misma. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (Boletín Estadístico de Defunción) - Registro General de Mortalidad de La Rioja. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario. Nota: El Capítulo XIX "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas" no se utiliza como causa básica de defunción y se identifican en el Capítulo XX las causas externas de las afecciones clasificadas en el Capítulo XIX.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2005 - SEMANAS 1 a 4

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 1				SEMANA 2				SEMANA 3				SEMANA 4			
	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.
Enfer. transmisión alimentaria																
Botulismo	0	0	☆	☆	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Shigelosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Triquinosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Otras enf. trans. por alimentos	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Otros procesos diarréicos	427	427	1,35	1,35	483	910	1,14	1,23	418	1.328	1,02	1,17	397	1.725	0,83	1,06
Enfer. transmisión respiratoria																
Enfermedad meningocócica	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00
Gripe	1.377	1.377	1,34	1,34	2.288	3.665	1,15	1,20	2.293	5.958	1,77	1,37	1.498	7.456	1,59	1,41
Infec. respiratoria aguda	2.609	2.609	1,01	1,01	3.926	6.535	1,07	1,06	3.917	10.452	1,22	1,10	2.803	13.255	0,93	1,04
Legionelosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
Tuberculosis respiratoria	2	2	1,00	1,00	2	4	0,67	2,00	0	4	0,00	2,00	0	4	0,00	1,33
Otras tuberculosis	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	1	1	☆	1,00
Varicela	7	7	0,21	0,21	5	12	0,14	0,17	10	22	0,31	0,21	9	31	0,23	0,22
Enfer. transmisión sexual																
Infeción gonocócica	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sífilis	0	0	☆	☆	1	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Enfer. prevenibles inmunización																
Parotiditis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Rubeola	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sarampión	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tétanos	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tos ferina	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Zoonosis																
Brucelosis	0	0	☆	☆	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00
Carbunco	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00
Equinococosis por E. Granulosus	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Hepatitis virales																
Hepatitis vírica A	0	0	☆	☆	1	1	1,00	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	0,00	1,00
Hepatitis vírica B	1	1	☆	☆	0	1	0,00	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00
Otras hepatitis víricas	1	1	☆	☆	1	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆
Enfer. de baja incidencia																
Paludismo	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sífilis congénita	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆

I.E.: Índice Epidémico para una enfermedad es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata del I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24: se considera normal; si es menor o igual a 0,75: incidencia baja; si es mayor o igual a 1,25: incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad, dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice. ☆ Operación no realizable por ser el denominador 0. Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de La Rioja. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario.

(1) Otras enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica y sin declaración de casos: Cólera, Difteria, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomieltis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Tétanos neonatal, Trifus exantemático.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. ENERO. AÑO 2005

(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD (1)	Albelda-Alberite	Alfaro	Arnedo	Ausejo-Murillo	Calahorra	Cameros Nuevos	Cameros Viejos	Cenicero-Navarrete	Cervera R. Alhama	Haro	Logroño	Nájera	Siete Villas	Sto.Domingo Calzada	Tasa X 100.000
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Disentería															
Triquinosis															
Enf. trans. alimentos															
Proc. diarréicos, otros	389,84	1.132,66	373,35	1.959,19	751,32	299,10	1.134,93	875,61	914,43	581,92	426,01	786,83	3.327,16	509,75	623,41
Enf. meningocócica															
Gripe	1.229,53	4.086,50	1.719,63	5.449,46	1.978,71	1.744,76	630,52	6.374,80	5.601,04	1.696,73	2.110,68	4.086,90	6.469,50	3.466,45	2.694,60
Infec. Resp. Aguda	2.609,01	5.180,50	6.092,29	9.664,13	3.371,25	1.844,45	2.017,64	7.015,49	5.696,30	5.579,69	4.007,95	5.895,48	20.887,23	4.112,12	4.790,35
Legionelosis															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria								10,68			1,42			8,50	1,45
Tuberculosis otras											0,71				0,36
Varicela	6,00									38,06	7,10	76,33			11,20
Infec. gonocócica															
Sífilis											0,71				0,36
Parotiditis infec.															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinococosis															
F. exant. mediterr.															
Hepatitis vírica A								10,68							0,36
Hepatitis vírica B												5,87			0,36
Hepatitis otras											1,42				0,72
Paludismo															

Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria en La Rioja. Sudirección General de Salud Pública.

* Fuente: INE. Población de hecho de La Rioja. Proyección del Censo de población 1991.

(1) Otras enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica y sin declaración de casos: Cólera, Difteria, Encefalopatía Espongiforme Transmisible, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre recurrente transmitida por piojos, Fiebre amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomieltis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Típus exantemático.

Comentario epidemiológico del mes de Enero de 2005

Durante el mes de Enero de 2005 (semanas epidemiológicas 1 a 4) no se han notificado incidencias epidemiológicas de interés.

La suscripción al B.E.R. es gratuita, siempre que sea dirigida a cargo oficial. Los profesionales sanitarios pueden remitir artículos para su publicación previa selección.

DIRECCIÓN: Consejería de Salud. Sección de Información Epidemiológica.

c/. Villamediana, 17 - Tel. 941 29 11 97 - E-mail: enrique.ramalle@larioja.org - LOGROÑO