

Simposio

Simposio La Roche Posay

Congreso Mundial sobre Cáncer de la Piel. Madrid, 9 de abril de 2010

Protectores solares y prevención del cáncer cutáneo

Sunscreens and skin cancer prevention

Gillian Murphy

Irlanda

La principal cuestión que nos planteamos cuando se afronta este tema es si es posible prevenir el cáncer de piel mediante la utilización de protectores solares. Existen, además, cuestiones secundarias, como si es posible prevenir mediante fotoprotectores la aparición de nuevas queratosis actínicas, si es posible prevenir la recurrencia de cánceres cutáneos, o bien si es posible prevenir la aparición de otros tipos de cáncer cutáneo en aquellos pacientes que ya han sido diagnosticados de alguna de estas patologías.

Como es bien sabido, las queratosis actínicas son lesiones inflamatorias de aspecto escamoso que aparecen en piel foto-expuesta, que traducen la existencia de cambios displásicos a nivel epidérmico y que muchos autores consideran, en la actualidad, que se trata de una forma incipiente de neoplasia cutánea. La aparición de estas lesiones traduce la existencia de un daño acumulativo en el ADN inducido por radiación UV suficientemente importante como para sobrepasar su capacidad fisiológica de auto-reparación, suponiendo uno de los principales factores de riesgo para desarrollar un cáncer de piel.

En la práctica dermatológica es frecuente ver pacientes con importante daño actínico afectos de carcinoma espinocelular, en los que es fácil identificar, en la misma área foto-expuesta, donde ha sido diagnosticado el tumor, otras lesiones actínicas en distintos estadios evolutivos. Este hecho ha sido denominado cancerización de campo y se ve exclusivamente en zonas foto-expuestas. La verdadera importancia de estas zonas con múltiples queratosis actínicas radica en el riesgo de desarrollar un carcinoma espinocelular.

En la literatura podemos leer multitud de datos interesantes acerca de las queratosis actínicas. Sabemos que, en el hemisferio norte, hasta el 25% de los adultos tiene al menos una queratosis actínica. Este porcentaje se dispara en países como Australia, en los que se llega al 60% de los adultos. Un estudio prospectivo estimó que el riesgo de progresión de una queratosis actínica hacia carcinoma espinocelular *invasivo* era de 1 por cada 1000 al año.

Los cánceres de piel no melanoma suponen un importante problema de salud hoy en día. En un país pequeño como Irlanda, se diagnostican unos 6.000 al año; en Estados Unidos esta cifra se eleva hasta 1.000.000 al año. La latitud donde uno habita es un factor de riesgo importante a tener en cuenta para el desarrollo de cáncer cutáneo. Irlanda está más al Norte en comparación con los Estados Unidos, que se encuentran unos 20° más al Sur. La latitud y el fototipo cutáneo son los principales determinantes de la susceptibilidad para cáncer de piel.

Teniendo en cuenta que no podemos modificar los factores genéticos subyacentes, ¿podemos intervenir con fotoprotectores? Un primer estudio en 1993 demostró que la utilización habitual de protectores solares era capaz de evitar la aparición de queratosis actínicas de forma estadísticamente significativa. Otro estudio posterior realizado en 53 pacientes de alto riesgo también demostró que incluso en dicho subgrupo la fotoprotección era útil. Posteriormente se han hecho estudios con un mayor número de pacientes. Edelgreen y colaboradores diseñaron un estudio en el que 1.600 adultos fueron aleatoriamente asignados a aplicarse o no protector solar (FPS 16) de forma diaria en las zonas corporales habitualmente foto-expuestas en cada caso. Al cabo de 2 años de seguimiento, el grupo tratado con protector solar tenía una incidencia de queratosis actínicas un 24% menor que el grupo control. Al cabo de 4,5 años, cuando concluyó el estudio, el grupo tratado presentaba una incidencia de carcinoma espinocelular un 40% menor que el grupo sin fotoprotección. En el mismo estudio la suplementación con betacarotenos no mostró efecto alguno. Pero, ¿qué pasó una vez concluido el estudio? Los investigadores volvieron a recoger datos al cabo de 8 años y demostraron que dicha reducción del 40% en la incidencia de carcinoma espinocelular cutáneo se mantenía en aquellos que habían utilizado fotoprotección diaria mientras duró el estudio. Se observó también una reducción del 25% en la incidencia de carcinoma basocelular a favor del grupo tratado, aunque en esta ocasión los datos no alcanzaron significación estadística.

Con estos resultados, resulta lógico pensar que la utilización de protectores solares también es capaz de reducir los daños inducidos por la radiación UV en el ADN celular. Un estudio publicado en 2002 demostró que reducían la producción de dímeros de timina, la mutación foto-inducida que se cree clave en la inducción de cambios en la regulación génica que producen cáncer cutáneo.

Los protectores solares, por lo tanto, son útiles en la prevención de queratosis actínicas y carcinomas cutáneos espinocelulares, además de prevenir lesiones fotoinducidas en el ADN. Pero, ¿por qué no disponemos de datos estadísticamente significativos en el caso de los carcinomas basocelulares y los melanomas? Una de las explicaciones a este hecho puede ser la utilización habitualmente incorrecta que se hace de los protectores solares. Un estudio determinó que la cantidad media aplicada de protector solar en un grupo estudiado era de 0,7mg/cm², mucho menos de lo que se considera óptimo.

Otro estudio realizado en un subgrupo de pacientes con elevada fotosensibilidad utilizó espectroscopia de fluorescencia para estimar la cantidad de fotoprotector aplicada. Al inicio del estudio, algunos pacientes se aplicaban cantidades inferiores a los 0,1mg/cm². En la cara, los niveles medios eran de 0,33mg/cm², cifra que se elevó hasta los 1,5mg/cm² después de recibir instrucciones de cómo aplicar correctamente el protector solar. La educación de los pacientes acerca de cómo aplicar correctamente estos productos es fundamental para lograr que sean verdaderamente eficaces.

Sabemos que los carcinomas espinocelulares y los léntigos malignos se relacionan con la dosis acumulada de radiación UV, pero la aparición de carcinomas basocelulares no

parece estar tan relacionada con la dosis acumulada, sino más bien con las quemaduras solares intermitentes durante el primer tercio de la vida. Igualmente, un gran número de melanomas malignos se iniciarán durante las primeras dos décadas de la vida.

Estos datos son muy importantes, a parte de los factores de susceptibilidad anteriormente comentados. Hay multitud de otros factores a tener en cuenta, como por ejemplo la dieta. Hay datos que señalan que el consumo de tabaco y alcohol se asocia con el daño actínico, aunque de una forma dispar: el tabaco parece empeorarlo y, se lo crean o no, el alcohol parece prevenirlo en cierta medida. El consumo de pescado graso también parece beneficioso en ese sentido. Los polifenoles del vino tinto pueden tener cierto efecto beneficioso, aunque hay que ser cuidadosos en no mezclar correlación con causalidad. Como vemos, el estilo de vida y la alimentación desempeñan un papel importante.

Pero volviendo a las cuestiones que nos planteábamos al principio, ahora podemos afirmar que, en efecto, podemos prevenir la aparición de queratosis actínicas, incluso en aquellos pacientes que ya tienen; también es posible prevenir el carcinoma espinocelular, tanto en aquellos que aún no lo padecen (mediante la prevención de queratosis actínicas) como en aquellos que lo han padecido. Por desgracia, aún no disponemos de datos concluyentes que permitan extender estas afirmaciones al carcinoma basocelular y al melanoma maligno. Aun así, los protectores solares han mejorado espectacularmente desde que se realizaron los estudios que hemos mencionado, motivo por el que estoy convencida de que a nuestros pacientes les aguarda un futuro prometedor en este sentido.