

El mesotelioma en la Región de Murcia: incidencia y mortalidad

Introducción

El mesotelioma maligno (muchas veces referido simplemente como “mesotelioma”) es un tumor maligno que se origina en las células mesoteliales de la pleura, peritoneo, pericardio y túnica vaginal del testículo. La localización más frecuente es la pleural, que se suele disponer de forma difusa y produce invasión directa de las estructuras torácicas¹.

A nivel microscópico las células mesoteliales malignizadas pueden dar lugar a tres cuadros histomorfológicos, que además se asocian con perfiles inmunohistoquímicos diferentes, en especial respecto a la expresión de la proteína calretinina. En la mayoría de los casos adopta una morfología que recuerda a tumores de origen epitelial, denominándose “mesotelioma epitelioide”; con mucha menor frecuencia adopta un patrón que recuerda a los tumores malignos de origen mesenquimal, llamándose entonces “mesotelioma sarcomatoide”, que es el tipo más raro. Los mesoteliomas de tipo mixto contienen áreas con ambas morfologías y su incidencia es intermedia entre la de los tipos puros².

El diagnóstico de estos tumores es difícil porque morfológicamente se confunden con metástasis a distancia y extensiones por contigüidad de cánceres desde órganos adyacentes, muy especialmente el adenocarcinoma pulmonar. La clínica y la caracterización inmunohistoquímica (IHQ), es la forma de establecer el diagnóstico diferencial. En los pocos casos que con un panel completo de IHQ no se consiga un diagnóstico de certeza, se puede recurrir a la microscopía electrónica².

Este tumor tiene una mayor incidencia entre las personas que han estado durante años expuestas al polvo de asbestos (también llamados amiantos), minerales del grupo de los silicatos que se disponen en forma de fibras flexibles y resistentes. La aspiración de dichos minerales puede

ARTÍCULO

El mesotelioma en la Región de Murcia: incidencia y mortalidad.

NOTICIAS BREVES

- Informe SESPAS 2018.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 49 a 52 de 2018.



dar lugar, entre otras patologías, a la enfermedad difusa intersticial fibrosante del pulmón o asbestosis y a la mayoría de casos de mesotelioma³.

El compuesto del asbesto de más amplia utilización en los últimos años es el crisotilo (amianto blanco), que fue el último en prohibirse en Europa debido a que se consideraba bastante inocuo en comparación con otras formas de amianto, en particular la crocidolita o amianto azul que ya se identificó como carcinógeno en los años 60. Estudios más recientes apuntan a una carcinogenicidad del crisotilo similar a la del resto de asbestos y se le atribuye hasta el 90% de los mesoteliomas pleurales y 50% de los peritoneales que se diagnostican actualmente^{3,4}.

En España, el mayor nivel de exposición a los asbestos se alcanzó entre 1970 y 1973; en 1984 y 1993 se prohibieron una amplia gama de variedades de amianto perjudiciales para la salud y en diciembre de 2001 se prohibió la comercialización y utilización del crisotilo (amianto blanco). Aunque existen casos de aparición de mesotelioma antes de los 10 y después de los 50 años tras el inicio de exposición al amianto, el periodo de latencia habitual oscila entre los 20 a 40 años^{1,5}; por ello el pico máximo del efecto de los asbestos debería haberse producido alrededor de la primera década del siglo XXI esperando una estabilización a lo largo de la segunda década⁶.

Con la finalidad de monitorizar la evolución de los casos de mesotelioma aparecidos en la población de la Región de Murcia, que reflejan en gran medida la exposición al asbesto, se ha realizado un análisis de la incidencia de esta enfermedad desde 1983 a 2012 y de los fallecidos por ella del 2000 al 2017.

Material y método

Casos y población de estudio.

Se ha recogido del Registro de Cáncer de la Región de Murcia todos los casos incidentes de mesotelioma maligno en cualquier localización, ya sea pleural, peritoneal, etc., en hombres y en mujeres, durante el periodo comprendido entre

los años 1983 a 2012. Para ello debían de tener su residencia en esta Región cuando fueron diagnosticados. De todos los posibles casos, el Registro revisa los informes anatomopatológicos, de alta y consultas de oncología y radioterapia; en aquellos en los que faltan datos o éstos son insuficientes, se consulta con los diferentes hospitales donde los pacientes hubieran estado ingresados, para estudiar la historia hospitalaria y consultar con el Servicio de Anatomía Patológica. Para la codificación de casos el Registro utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición (CIE-O-3) y posteriormente se le asigna también el correspondiente código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE10), habiéndose revisado y adaptado a esta clasificación los casos registrados con anterioridad a su implantación. Se ha considerado caso de mesotelioma maligno a todo paciente diagnosticado con confirmación histológica. Los casos seleccionados como incidentes fueron aquellos con código según CIE10 igual a C45.

Por lo que respecta al Registro de Mortalidad de la Región de Murcia, se incluyeron los residentes en la Región fallecidos por mesotelioma maligno con independencia de su localización (incluye pleural, peritoneal, pericárdico y de túnica vaginal), durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2017 y en cuyo Certificado de Defunción apareciese como causa de defunción el código CIE10 igual a C45 (mesotelioma maligno). Los datos se han agrupado en un periodo inicial de 3 años, más 3 grupos quinquenales hasta el 2017, para evitar el efecto del cambio de codificación en el registro de causas de muertes detalladas que se produjo tras 1999.

Cálculo de tasas

Como denominador para el cálculo de todas las tasas, se han usado los datos de población de la Región oficiales publicados por el I.N.E.-C.R.E.M⁷ para cada año, distribuidos en grupos de edad de 5 en 5 años, desde 0 a 85 y más años. Se ha dispuesto de datos de esos grupos de edad para cada sexo y también en conjunto. La población considerada ha sido la teórica a mitad de año, calculada como promedio de la población que

figura a uno de enero del año en cuestión y del siguiente. Para el cálculo de tasas estandarizadas se ha usado el método directo, usando como población de referencia la Población Europea Estándar (PEE) del año 2013.

Se han calculado, por cada periodo, las tasas de incidencia y tasas de mortalidad, por 100.000 personas, específicas y estandarizadas, por grupos de edad quinquenal, para hombres, mujeres y combinación de ambos sexos, en la Región de Murcia.

Para el análisis y comparación de incidencias por municipios, se ha contemplado Cartagena y Murcia por ser los que contaban con suficiente número de casos incidentes; se ha calculado la Razón de Incidencias Estandarizada (RIE) y su intervalo de confianza⁸ al 95% sólo para los tres últimos quinquenios, pues para años anteriores no se dispone de datos de población desagregados.

Resultados

En la Región de Murcia se han diagnosticado, durante los 30 años estudiados, 208 casos incidentes de mesotelioma maligno, con una media anual de 7 casos. El 73 % de los pacientes son varones.

En cuanto a la mortalidad entre los años 2000 a 2017 se registraron 193 fallecidos según grupos de edad, siendo el 74% de ellos varones.

Los mesoteliomas malignos se empiezan a diagnosticar a partir de los 30 años, alcanzando la máxima incidencia entre 60 a 74 años. En la Región de Murcia las tasas de incidencia ajustadas a la Población Europea Estándar de 2013, para los hombres han pasado de 0,51 casos nuevos diagnosticados por 100000 habitantes en el primer quinquenio (1983-1987) a 2,20 en el sexto (2008-2012) y para las mujeres cambian de 0,24 en el segundo quinquenio (no hay ningún caso en el primero) al 0,58 en el sexto (Tabla 1).

A nivel municipal, los datos de incidencia ajustada y RIE desde 1998 a 2012 son superiores en la población de hombres de Cartagena respecto del conjunto de la Región de Murcia, siendo las diferencias estadísticamente significativas en los tres quinquenios. El mayor diferencial en tasas ajustadas se observa en el último quinquenio, con una tasa 7,5 veces mayor en Cartagena que en Murcia. En las mujeres de Cartagena se observa la misma tendencia pero las diferencias son estadísticamente significativas sólo en el quinquenio 2003-2007 (Tabla 2).

La mortalidad muestra un aumento continuo de las tasas ajustadas hasta el periodo 2008-2012, con un ligero descenso en el periodo posterior (2013-2017). La mortalidad en los varones es sostenidamente superior a las de las mujeres, con aún mayor diferencial en las tasas en los dos últimos quinquenios (Figuras 1 y 2). Las tasas de mortalidad y de incidencia de mesotelioma

Tabla 1. Número de casos y tasas de incidencia de mesotelioma por periodo y sexo. Región de Murcia 1983-2012.

Periodo	Número de casos		Tasas brutas 100000 hab.		Tasas ajustadas PEE 2013	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1983-1987	4	0	0,16	0,00	0,51	0,00
1988-1992	14	5	0,55	0,19	0,91	0,24
1993-1997	23	9	0,85	0,33	1,27	0,39
1998-2002	32	8	1,09	0,27	1,56	0,34
2003-2007	23	16	0,67	0,48	1,06	0,65
2008-2012	55	19	1,49	0,53	2,20	0,58
Total	151	57	0,80	0,30	1,25	0,37

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Murcia.

Tabla 2. Tasas de incidencia de mesotelioma y RIE^b por periodo y sexo. Región de Murcia 1998-2012.

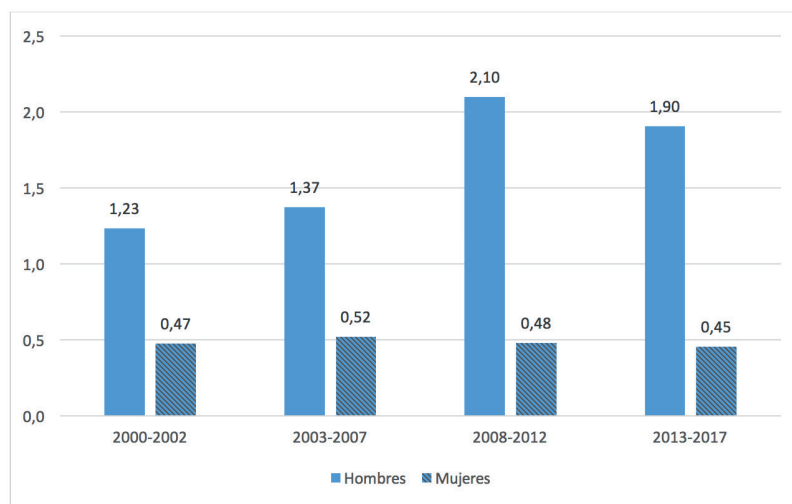
	1998-2002			2003-2007			2008-2012		
	Tasa ajustada ^a	RIE ^b	IC95%	Tasa ajustada ^a	RIE ^b	IC95%	Tasa ajustada ^a	RIE ^b	IC95%
Cartagena									
Hombres	3,3	276,8	151,2-464,4	2,5	336,4	173,6-587,7	4,5	306,6	200,3-449,3
Mujeres	0,5	153,5	17,2-554,2	1,3	273,2	109,5-562,9	0,9	209,9	84,1-432,6
Murcia									
Hombres	0,9	73,3	29,4-151,0	0,5	74,6	24,0-174,1	0,6	44,4	17,8-91,5
Mujeres	0,3	119,0	23,9-347,7	0,2	40,2	4,5-145,0	0,3	90,9	33,2-198,0

Fuente: ^aPor 100000 hab. y con población de referencia la Población Europea Estándar de 1976.

^bRazón de Incidencia Estandarizada.

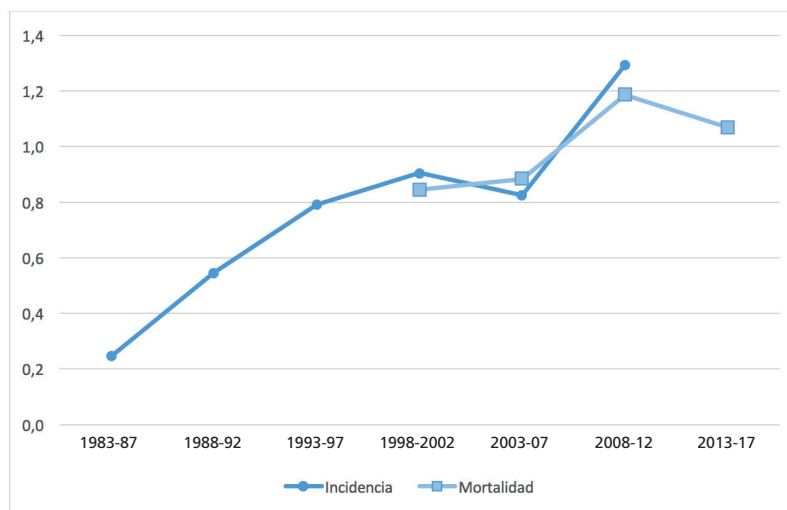
Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Murcia.

Figura 1. Mortalidad por mesotelioma en la Región de Murcia. Tasas anuales por 100.000 habitantes ajustadas a PEE 2013.



Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Murcia.

Figura 2. Tasas de incidencia y mortalidad por 100.000 habitantes, ajustadas a PEE 2013. Región de Murcia.



Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Murcia.

son semejantes en los tres periodos comunes analizados (Figura 2).

Discusión

El mesotelioma es un tumor maligno raro, con un promedio actualmente cercano a 15 nuevos casos diagnosticados cada año en la Región de Murcia y tasas de incidencia anual algo superiores a 1/100000 habitantes. En los trece años en los que se dispone de ambos datos, no se observan diferencias importantes en las tasas de incidencia y de mortalidad, lo que en el contexto de la muy elevada letalidad del mesotelioma puede interpretarse como aval de la calidad de ambos registros. La distribución por sexos de los fallecidos está en línea con la observada en los casos incidentes, lógico si se tiene en cuenta la muy alta letalidad de esta neoplasia, sin un evidente efecto diferencial por sexo en la supervivencia.

En la Región de Murcia la mayoría de los casos son atribuibles a la exposición previa al amianto, tanto industrial como doméstico. Por ello, no es extraño que el riesgo de padecer mesotelioma se triplique para los residentes en Cartagena, debido a la gran actividad industrial vinculada a la construcción y reciclado de estructuras y barcos con presencia de amianto entre sus materiales.

Aunque la utilización de toda clase de amianto ha sido prohibida en el ámbito de la Unión Europea, siguen existiendo en las edificaciones y en numerosos materiales elementos entre los que se encuentra el amianto, y su producción y empleo continúa en numerosos países de varios continentes⁹.

El mesotelioma es un tumor de difícil diagnóstico y tratamiento. La prevención primaria es la medida más efectiva para lograr una reducción significativa en el número de casos. La monitorización tanto de la exposición como de los casos incidentes es indispensable para controlar la enfermedad y evaluar la efectividad de las medidas tomadas para reducir la exposición.

Autoría

Ricardo J. Vaamonde Martín, Mónica Ballesta Ruiz, Jacinta Tortosa Martínez, Sandra Garrido Gallego, Mercedes Expósito Castro, M^a. José Sánchez Lucas, M^a. Dolores Chirlaque López. Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Bibliografía

1. Robbins y Cotran. Patología Estructural y Funcional. 7^a Ed. MM Ed Español. Elsevier. 772-773.
2. Husain AN, Colby T, Ordonez N *et al*. Guidelines for Pathologic Diagnosis of Malignant Mesothelioma: 2012 Update of the Consensus Statement from the International Mesothelioma Interest Group. Arch Pathol Lab Med. 2013. 137(5): 647-667.
3. González CA, Agudo A. Occupational cancer in Spain. Environ Health Perspect. 1999; 107:273-277.
4. Montanaro M, Bray F, Genaro V. Pleural mesothelioma incidence in Europe: evidence of some deceleration in the increasing trends. Cancer Causes Control. 2003. 14(8): 791-803.
5. https://issuu.com/separ/docs/normativa_72?e=3049452/46553179
6. López-Abente G, García-Gómez M, Menéndez-Navarro A, *et al*. Pleural cancer mortality in Spain: time-trends and updating of predictions up to 2020. BMC Cancer. 2013. 13: 528.
7. http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/sec0.html
8. Breslow NE, Day NE. Statistical methods in cancer research. Vol II. The design and analysis of cohort studies. Lyon: IARC; 1987.
9. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/341757/Asbestos_EN_WEB_reduced.pdf?ua=1

Situación regional. Semanas 49 a 52 (03/12/2018 a 30/12/2018). Datos provisionales.

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 49			SEMANA 50			SEMANA 51			SEMANA 52			SEMANA 49 a 52		
	2018	2017	MEDIANA	2018	2017	MEDIANA	2018	2017	MEDIANA	2018	2017	MEDIANA	2018	2017	MEDIANA
Toxinfecciones alimentarias	0	0	1	5	0	15	1	0	0	0	0	0	6	0	27
Gripe	86	75	75	125	316	130	157	855	148	302	3064	160	670	4310	598
Legionelosis	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	2	2
Enfermedad meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Otras meningitis	2	2	2	1	1	1	1	2	0	0	1	1	4	6	6
Parotiditis	2	1	1	1	4	1	0	2	2	0	3	2	3	10	8
Varicela	42	91	90	52	152	143	36	113	91	39	96	98	169	452	452
Infección gonocócica	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	1
Sífilis	1	1	1	1	2	0	3	2	2	0	0	0	5	5	3
Hepatitis A	0	1	0	0	0	1	2	1	1	2	3	2	4	5	5
Paludismo	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1
Tuberculosis	2	3	3	3	3	2	4	1	1	4	4	3	13	11	8
Campilobacteriosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Listeriosis	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Dengue	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

Distribución por áreas de salud. Semanas 49 a 52 (03/12/2018 a 30/12/2018). Datos provisionales.

ENFERMEDAD	MURCIA OESTE		CARTAGENA		LORCA		NOROESTE		ALTIPLANO		VEGA MEDIA DEL SEGURA		MURCIA ESTE		MAR MENOR		VEGA ALTA DEL SEGURA		TOTAL	
	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.
Población (Padrón 2017)	260269		283297		174416		174416		59764		264262		198069		104965		54597		1470273	
Toxinfecciones alimentarias	0	47	0	28	2	42	0	44	0	4	0	71	4	52	0	14	0	0	6	302
Gripe	129	6554	152	6529	34	2384	28	1145	5	803	94	6320	77	4902	96	3424	55	1076	670	33137
Legionelosis	0	8	0	6	0	3	0	1	0	1	0	8	0	3	0	2	0	0	0	32
Enfermedad meningocócica	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	1	9
Otras meningitis	0	5	0	6	2	6	0	0	1	2	1	6	0	8	0	11	0	2	4	46
Parotiditis	0	40	1	14	0	6	0	5	0	6	1	80	1	28	0	6	0	8	3	193
Varicela	39	966	16	1147	3	908	0	224	2	28	15	444	47	402	11	553	36	104	169	4776
Infección gonocócica	2	19	0	9	0	0	0	0	0	1	1	12	2	16	0	2	0	0	5	59
Sífilis	1	10	1	5	1	10	0	1	0	2	2	15	0	20	0	2	0	0	5	65
Hepatitis A	2	13	0	11	1	10	0	2	0	3	1	4	0	6	0	6	0	0	4	55
Paludismo	0	1	2	6	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	2	12
Tuberculosis	3	23	2	20	2	29	0	7	0	4	0	23	2	10	3	15	1	2	13	133
Campilobacteriosis	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Listeriosis	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Dengue	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	1	5

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

INFORME SESPAS 2018



La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) ha publicado, en el número correspondiente a Octubre de 2018 de Gaceta Sanitaria, el informe que realiza cada dos años sobre la situación de la salud en España. Cada informe pone el foco en un aspecto de interés y actualidad, el de 2018 se centra en 'la salud comunitaria y la administración local'.

En este decimotercer informe, las principales aportaciones se han distribuido en tres grandes apartados que corresponden a *quién*, *cómo* y *qué* de la salud comunitaria y la administración local. En el apartado del *quién*, se describen los agentes principales que trabajan en la salud colectiva: la comunidad, el sistema sanitario y la administración local; y cómo ha evolucionado su relación e implicación con la salud comunitaria, qué conceptos manejan, cómo se encuentran en este momento y cuáles son sus retos futuros. El apartado del *cómo* recoge aportaciones metodológicas, orientadas a la implementación práctica de las intervenciones comunitarias; herramientas para promover la participación, creación de redes de actividades, revisión de evidencias, evaluación y principios deontológicos. Finalmente, el del *qué*, trata sobre aspectos determinados de la salud comunitaria en el ámbito local, así como sobre la formación en salud comunitaria, el urbanismo, el género, los barrios o las universidades saludables.

Puede disponer de más información en:

[http:// www.gacetasanitaria.org/es-vol-32-num-s1-sumario-S0213911118X00053](http://www.gacetasanitaria.org/es-vol-32-num-s1-sumario-S0213911118X00053)

LISTA DE PERSONAS REVISORAS DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN EL BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE MURCIA DURANTE EL AÑO 2018

El Boletín Epidemiológico de Murcia cuenta con la imprescindible colaboración de personal experto que, de forma independiente, actúan realizando evaluaciones externas de los trabajos que se reciben para su publicación. Su contribución desinteresada es fundamental para mantener la calidad científica del boletín epidemiológico.

Todos los artículos publicados en el Boletín Epidemiológico de Murcia durante el año 2018 han sido revisados, al menos, por dos personas evaluadoras que desconocían la identidad de las autorías.

Relación nominal de las personas revisoras del Boletín Epidemiológico en el año 2018:

- Helena Albendín Iglesias
- Andrés Alcaraz Velasco
- José Luis Alonso Romero
- Natalia Alejandra Cabrera Castro
- M^a. Dolores Chirlaque López
- Sandra Milena Colorado Yohar
- Daniel Fenoll Brotons
- Visitación García Ortúzar
- José Jesús Guillén Pérez
- M^a. Luisa Gutiérrez Martín
- Fernando Moldenhauer Carrillo
- Antonio Moreno Docón
- Carmen Navarro Sánchez
- Julián Oñate Gómez
- Jaime Jesús Pérez Martín
- Enrique F. Pérez-Cuadrado Martínez
- Antonio Pérez Pérez
- Antonia Sánchez Gil
- Ricardo José Vaamonde Martín

Queremos agradecerles muy sinceramente su inestimable colaboración en la revisión de los trabajos recibidos a lo largo del año 2018.

El equipo editorial

Edita:

Servicio de Epidemiología.
D.G. de Salud Pública y Adicciones.
Consejería de Salud.
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.
Tel.: 968 36 20 39
Fax: 968 36 66 56
bolepi@carm.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:

M.^a Isabel Barranco Boada,
M^a Dolores Chirlaque, Lluís Cirera,
Juan Francisco Correa,
Ana María García-Fulgueiras,
Jesús Humberto Gómez,
José Jesús Guillén,
Olga Monteagudo,
Jaime Jesús Pérez, Carmen Santiuste.

Coordinadora de Edición:

Maria Dolores Chirlaque López.

Coordinadora Administrativa:

Bárbara Lorente García.

Suscripción: Envío Gratuito.

Solicitudes: bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia

D.L. MU-395-1987