

El sol: un plaer amb precaució

Introducció

El sol és una font de salut que intervé en la producció de la vitamina D necessària per fixar el calci i mantenir els ossos sans, alhora que proporciona benestar. L'exposició solar per sí mateixa no és perjudicial, però cal prendre el sol amb cura per rebre els beneficis evitant els riscos derivats d'una exposició excessiva. L'evidència científica ha demostrat que l'exposició intensa a les radiacions ultraviolades és el factor de risc més important per al càncer de pell, tant del melanoma com del no melanoma. En la classificació de tipus de radiacions cancerígenes per als humans de la International Agency for Research on Cancer (IARC), es troben les radiacions ultraviolades natural o artificials.

Els canvis en el patró d'exposició solar dels últims 50 anys, estretament vinculats als comportaments i actituds personals d'una major exposició solar, ha comportat un pronunciat increment de la incidència dels càncers de pell. En la cultura occidental, la percepció social que el bronzejat és signe de salut i un cert estatus social ha incrementat l'exposició a les radiacions solars especialment entre les dones i els joves.

De fet, es considera que més d'un 80% dels casos de càncer de pell es podrien prevenir evitant una exposició excessiva al sol i a les cremades cutànies que pugui causar, majoritàriament en la infantesa. Sabem que gran part de l'exposició solar es produeix abans dels 16-18 anys d'edat, i que els primers anys de vida són els més sensibles a les cremades solars, per aquest motiu és molt important extreure les mesures de protecció solar en nens i adolescents. Es coneix que el bronzejat és el resultat de la resposta de la pell davant l'agressió que li provoca un excés de radiació ultraviolada.

El càncer de pell més greu és el melanoma, és un càncer poc freqüent però que està augmentant en els últims anys, i que presenta una elevada capacitat d'estendre's a altres òrgans del cos.

Què és el càncer de pell?

El càncer de pell és una malaltia en la que es formen cèl·lules malignes (canceroses) en els teixits de la pell. Pot presentar-se en qualsevol part del cos, però és més comú a les zones que han estat exposades directament a la radiacions del sol.

Existeixen dos tipus principals de càncer de pell: el melanoma i els tumors epitel·lials, també coneguts com càncer de pell no melanoma. El càncer de pell no melanoma és el més freqüent, i el melanoma ho és molt menys, però és el responsable de la majoria de morts per aquesta malaltia.

Epidemiologia del càncer de pell

Càncer de pell no melanoma

El càncer de pell no melanoma és el més freqüent, suposa el 85% de tots els càncers de pell. Presenta una baixa mortalitat ja que té una reduïda capacitat d'estendre's a altres teixits del cos.

Aquest tipus de càncer està associat a l'exposició solar continuada i acumulada al llarg de la vida, com és el cas de les persones que realitzen la seva activitat laboral a l'exterior, i apareix en els llocs del cos més exposats a les radiacions ultraviolades.

N'hi ha dos tipus:

* *“carcinoma de cèl·lules basals”*: apareixen principalment a la cara i el coll. Normalment es detectaven en persones d'edat mitjana o avançada, però actualment s'estan diagnosticant en persones joves com a conseqüència del canvi en els patrons d'exposició solar. Té l'aparença d'una lesió plana multicolor, amb una perifèria que s'ha ulcerat o ha sagnat.

* *“carcinoma de cèl·lules escamoses”*: normalment pot aparèixer a la cara, coll, orelles, llavis i les mans. També pot aparèixer en altres parts del cos, com ara la llengua i/o la mucosa bucal, i poden sorgir en cicatrius o úlceres de la pell. Aquest carcinoma acostuma a ser més agressiu que el de les cèl·lules basals, ja que pot disseminar-se i propagar-se als ganglis limfàtics, però és molt poc freqüent.

Melanoma

La importància d'aquest tipus de càncer radica en la seva elevada capacitat invasiva, es a dir, de generar metàstasi (disseminació a òrgans distants d'un tumor primari maligne o càncer generalment produïda per via sanguínia o limfàtica) fet que redueix les possibilitats de curació. El factor pronòstic més important és l'extensió tumoral, amb la profunditat del càncer com l'aspecte determinant. Si es diagnòstica i tracta en les fases inicials, les possibilitats de curació del melanoma són altes.

A Catalunya es diagnostiquen aproximadament uns 776 casos de melanoma cada any, amb una major proporció en dones que en homes (542 en dones i 234 en homes), i representa el 2,9% de tots els casos de càncer en les dones i l'1,5% en els homes. La mortalitat per melanoma representa al voltant del 2,15% de la mortalitat per càncer en els homes i un 0,95% en les dones.

El melanoma pot afectar a persones de qualsevol edat, però la probabilitat de desenvolupar aquesta malaltia augmenta amb l'edat. L'edat mitjana al diagnòstic és de 61 anys en homes i 58 anys en dones.

En els últims anys s'ha observat un increment continuat en la incidència anual de l'ordre del 2,53% en els homes i del 5,29% en les dones, així como en la mortalitat

tant en homes como en dones (0,83% i 1,45% respectivament). Aquest increment en la incidència, segons els experts, seria conseqüència d'una major exposició a les radacions solars i artificials per canvis en els hàbits d'exposició.

Factors de risc de melanoma

➤ **Exposició intensa a les radiacions solars ultraviolades**

Els factors de risc del càncer de pell poden ser múltiples, sent l'exposició a les radiacions ultraviolades el principal factor de risc. Es considera que aproximadament del 65% al 90% del melanomes estan causats per l'exposició intensa a les radiacions ultraviolades.

El melanoma està associat a episodis de cremades solars. **El risc de melanoma és major quan hi ha un patró d'exposició solar intermitent però intensa amb episodis de cremades solars**, com és típic de les vacances. Les conseqüències d'aquest patró d'exposició són especialment importants en nens i adolescents i en les persones de pell molt clara que tenen un major risc de cremades.

Com actuen les radiacions ultraviolades en la pell?

Les radiacions ultraviolades solars comprenen radiacions ultraviolades A (UVA), radiacions ultraviolades B (UVB), i radiacions ultraviolades C (UVC). Aproximadament el 90-99% de les radiacions solars que arriben a la superfície terrestre són UVA, l'atmosfera absorbeix pràcticament la totalitat de les radiacions UVC i el 90% de les UVB.

Tant les radiacions UVA com les UVB causen envelliment prematur de la pell, i indueixen un augmenten de la pigmentació. Les radiacions UVB tenen una elevada capacitat de produir cremades, per tant, té un efecte més directa de carcinogènesi.

Es considera que les radiacions ultraviolades causen lesió directa sobre l'ADN cel·lular i alteracions en el sistema immunològic, efectes que incideixen en l'aparició de mutacions que poden afectar la regulació cel·lular i el desenvolupament d'un càncer de pell.

La depleció de la capa d'ozó de l'atmosfera redueix la filtració de les radiacions UVB que arriben amb major intensitat a la superfície terrestre i, en conseqüència, la capacitat de causar alteracions en l'ADN cel·lular és superior. Aquest fet pot tenir un impacte en l'increment de casos de càncer de pell diagnosticats en els últims anys.

Diversos factors ambientals poden augmentar la intensitat de l'exposició a les radiacions solars. Entre aquests factors tenim la latitud quan més a prop de l'equador estem major serà la intensitat de les radiacions. L'altitud, per cada 1.000 metres més d'alçada, la intensitat de les radiacions s'incrementa en un 10%-12%. La presència de material que reflexa el sol, com ara la neu, l'aigua, la sorra, els metalls augmenten la intensitat de les radiacions. També, la intensitat de les radiacions és superior segons l'hora del dia, com és, a partir de les deu del matí, però sobretot de les dotze del migdia i, fins les quatre de la tarda, i durant la primavera, i l'estiu. En aquest temps els raigs solars recorren la distància més curta fins arribar a l'atmosfera i, per tant, els nivell de radiació són màxims.



Quins són els efectes a llarg termini d'una exposició intensa les radiacions solars ultraviolades?

L'augment de la incidència i mortalitat per melanoma observat durant els darrers anys està relacionat amb la modificació dels patrons d'exposició solar. S'ha de tenir en compte que l'aparició d'un càncer no és immediata, sinó que han de passar uns anys perquè aparegui. La major part dels càncers de pell es comencen a desenvolupar durant la infància com a conseqüència de les lesions cel·lulars que produeixen les cremades solars. Es considera que 1/3 de la quantitat total d'exposició a les radiacions ultraviolades s'adquireix abans de complir els 16-18 anys, per això, és especialment important evitar les cremades solars durant la infància i adolescència.

Quins són els efectes a curt termini de l'exposició intensa a les radiacions solars ultraviolades?

L'exposició intensa al sol també té conseqüències a curt termini que tot sovint s'obliden. A part de les cremades que es produeixen, ocasiona un envelliment prematur de la pell i una pèrdua d'elasticitat fins i tot en les seves capes més profundes, arrugues pel ressecament de la pell, i aparició de taques. També, pot tenir efectes sobre la vista com és el desenvolupament de cataractes.

Com es produeix el bronzejat?

El bronzejat es produeix com a reacció de defensa de la pell davant l'agressió que li produeixen les radiacions ultraviolades A i B. Els melanòcits alliberen melanina com a mecanisme de protecció. Quan aquesta agressió es produeix de manera continuada la regulació cel·lular s'altera. Si aquesta agressió és continuada poden aparèixer una sèrie de mutacions genètiques conseqüència de les alteracions produïdes en el ADN cel·lular que finalment tinguin com a conseqüència el desenvolupament d'un càncer. La pell té memòria i els seus efectes són acumulatius i progressius.

➤ Fonts de radiació ultraviolades artificial

Les fonts de radiació ultraviolades artificials emeten radiacions similars a les emeses pel sol del migdia, i per tant, són un factor de risc per al desenvolupament de càncer de pell tant de melanoma com no melanoma. Malgrat això, hi ha la falsa consideració de què el "sol artificial" es més segur que l'exposició directa al sol, i que redueix la possibilitat de cremades solars quan ens exposem al sol.

Recents normatives de la Unió Europea indiquen que els més joves de 18 anys no haurien de tenir accés a les làmpades i llits solars. Estudis epidemiològics han demostrat que la utilització de làmpades i llits de sol artificial abans dels 30 anys incrementa en un 75% el risc de melanoma. És requeriment imprescindible que els proveïdors informin dels riscos que la utilització d'aquests dispositius provoquen a la salut, a la vegada que informin de les normes d'utilització.

A més de ser un factor de risc del càncer de pell, les radiacions ultraviolades artificials poden accelerar l'envelliment i pèrdua d'elasticitat de la pell, disminuir la resposta immunològica i ser causa de danys en els ulls.

➤ **Predisposició individual**

A) Tipus de pell

Si bé el càncer de pell es pot desenvolupar en qualsevol tipus de pell, existeixen persones amb molt més risc degut al tipus de pell. Les persones de pell molt blanca que tenen dificultat per bronzejar-se que l'exposició solar els hi produeix vermelló a la pell, i tenen facilitat per cremar-se després de prendre el sol presenten una major predisposició constitucional a desenvolupar càncer de pell, ja que tenen la pell més sensible a les radiacions ultraviolades. La pell dels nens és també molt sensible al sol, i per tant és necessari extremar-ne la protecció, molt especialment durant els primers anys de vida. Les persones amb pell més fosca, malgrat que el nivell de melanina de la seva epidermis és més elevat, també han d'evitar la sobreexposició solar. En les persones de pell més fosca, si bé la freqüència del càncer de pell és menor, s'acostumen a detectar en estadis més avançats i més greus de la malaltia.

Existeix una classificació del tipus de pell, o el que denominen "fototipus cutani" que recull els trets físics que identifiquen el comportament i la resposta de la pell davant l'exposició al sol. S'ha demostrat que més del 90% dels càncers de pell no melanoma es produeixen en els fototipus I i II. Per tant, els missatges de protecció bàsics s'han de dirigir a persones de pell clara propenses a les cremades. Quan més baix sigui el fototipus, majors han de ser les mesures de protecció solar.

Classificació del tipus de pell o fototipus cutani (adaptat de TB Fitzpatrick i JL Bologna, 1995)				
Fototipus cutani	Color cabell	Color pell	Tendència a cremar-se	Bronzejat
I	Albí/Pèl-roig	Enllatada	Sempre	Mai
II	Pèl-roig/ros	Clara	Molt fàcilment	Molt lleuger
III	Castany clar	Clara	Fàcilment	Lleuger
IV	Castany fosc	Morena	Rarament	Força
V	Molt fosc	Morena	Excepcional	Molt
VI	Negre	Negre	Mai	Negre

B) Antecedents personals i familiars de melanoma

Les persones que han tingut un melanoma tenen un major risc de patir un nou melanoma. D'altra banda, s'estima que entre un 5% i un 10% de melanomes es presenten en persones amb antecedents familiars d'aquesta malaltia. El risc augmenta quan existeix més d'un cas en la família.

Mesures de Protecció Solar

Quan arriba el bon temps, i sobretot durant el període d'estiu, són moltes les ocasions per estar a l'aire lliure, ja sigui practicant esport, fent excursions o passejant. És el moment de protegir la pell de la intensitat de les radiacions ultraviolades seguint les mesures de protecció solar recomanades.

Actualment, en la nostra cultura, encara hi ha la consideració de què estar bronzejat és un signe salut, benestar i d'un cert estatus social, fet que cal anar canviant mitjançant la informació i educació sanitària.

Es considera que l'etapa de l'infantesa és el millor moment per ensenyar els nens i les nenes a adquirir els coneixements i els comportaments necessaris per prevenir el càncer de pell. És en aquestes etapes de la vida quan els nens i nenes estan més receptius per aprendre a tenir cura de la seva pell i adquirir uns hàbits que els permetran protegir-se de les radiacions solars de forma adequada i gaudir dels beneficis del sol. És, doncs, molt important que pares, educadors i professionals sanitaris assumeixin una actitud activa en la transmissió de les recomanacions adreçades a la protecció solar, i en conseqüència, a la prevenció del càncer de pell.

Recomanacions a tenir en compte:

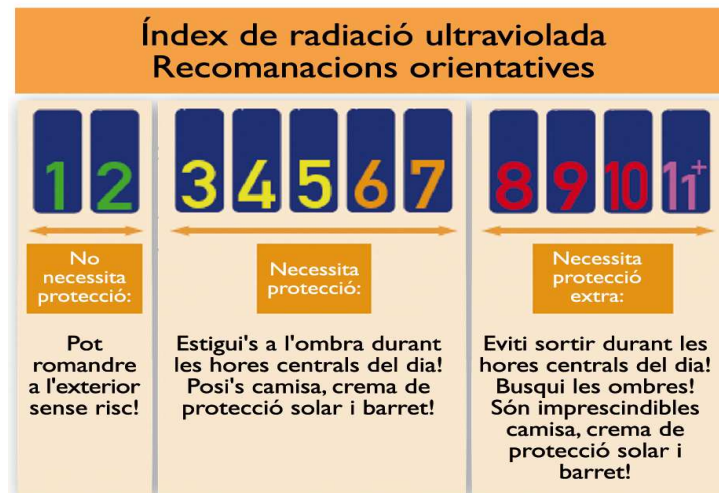
- Minimitzeu el temps d'exposició solar.
- Eviteu les hores de màxima intensitat, especialment de les 12:00h a les 16:00h.
- Cobriu-vos amb samarretes i roba adequada, gorra o barrets d'ala ampla, per protegir també coll i orelles. Porteu ulleres de sol homologades, preferiblement amb banda lateral que protegeixin front les radiacions UVA i UVB sobretot en les hores de màxima intensitat solar.
- Utilitzeu crema de factor de protecció elevat (superior a 20) més adequat al vostre fototipus. Apliqueu-vos-la 30 minuts abans d'exposar-vos al sol i feu-ho sobre la pell ben seca per tot el cos i en quantitat suficient. Renoveu l'aplicació periòdicament després de banyar-vos o si sueu molt, inclús si esta ennuvolat. També, recordeu d'utilitzar les barres labials amb protecció solar.
- Busqueu l'ombra per resguardar-vos de la intensitat solar. El nivell de protecció que ofereix l'ombra frondosa dels arbres és superior a la d'un parasol.
- Si aneu a la platja, heu de recordar que l'aigua i la sorra reflecteixen i augmenten la intensitat solar, per tant cal augmentar les mesures de protecció. Si aneu a la muntanya, recordeu que l'altitud i la neu incrementen també l'intensitat de les radiacions.
- Beveu aigua per evitar la deshidratació i eviteu prendre el sol si preneu medicació fotosensible.
- Eviteu utilitzar fonts de radiació ultraviolada artificial.

Cal recordar que la utilització de fotoprotectors no s'ha de considerar una manera segura de perllongar l'exposició solar. La utilització de crema fotoprotectora pot augmentar la sensació de protecció dels individus als raigs ultraviolats, i per tant, allargar el temps d'exposició.

La crema fotoprotectora s'ha d'utilitzar de forma adequada, es a dir aplicada per tot el cos amb quantitat suficient, i renovar-la periòdicament durant l'exposició al sol. S'ha de considerar com un complement a les mesures de protecció del càncer de pell com són evitar el sol durant les hores de màxima intensitat solar, buscar espais d'ombra, utilitzar roba adequada, gorres, ulleres de sol.

El paper de la crema protectora en la prevenció del melanoma és, com a mínim, controvertit. La utilització correcta de la crema ha estat relacionada amb una disminució del 30% al 40% de nevus adquirits en els nens, es coneix que els nevus són indicadors d'exposició solar. Sembla evident que la crema fotoprotectora tindria una funció preventiva en el carcinoma de cèl·lules escamoses, si bé no és tan clar si pot prevenir el carcinoma de cèl·lules basals i el melanoma.

Així mateix, és important conèixer l'índex de radiació ultraviolada i les mesures preventives recomanades.



Aquesta informació la podeu consultar diàriament a la premsa o a la televisió.

Polítiques públiques adreçades a la prevenció del càncer de pell

La informació i educació sanitària sobre les mesures de protecció solar ha d'anar acompanyada del desenvolupament de polítiques públiques encaminades a reduir l'exposició solar que facilitin i promoguin l'adopció d'hàbits de vida saludables entre els ciutadans. Així, la disponibilitat d'espais d'ombra en parcs infantils, zones esportives, patis de les escoles, etc., resulten imprescindibles per reforçar els comportaments individuals envers la protecció solar i la prevenció del càncer de pell.

El diagnòstic precoç del càncer de pell

Què hem de fer davant qualsevol signe de sospita

Cadascú de nosaltres hem de tenir presents les pigues de tota la vida i reconèixer possibles canvis de volum, forma, textura, color, etc.

Hem d'acudir al dermatòleg si apreciem una lesió nova a la pell i que no es cura o bé canvis en l'aspecte d'una piga.

Recordem que quan abans es detecta una lesió a la pell, més possibilitats de curació existeixen.

El primer senyal clínic del melanoma és un canvi en la mida, forma o color d'una piga, o l'aparició d'una piga nova d'aspecte sospitós. Els senyals guia “**ABCDE**” de malignitat d'una lesió de la pell ajuden a recordar què és el que s'ha de tenir en compte en una exploració del metge:

Asimetria (A): si la forma d'una meitat de la piga és diferent a l'altra

Vores (B): Si es presenten irregulars, bé siguin borroses, desdentades o desiguals

Color variat (C) – una mateixa lesió pot presentar diversos colors (marrons, negres).

Diàmetre (D): Els canvis de la mida de la piga són superiors als 6 mil·límetres.

Evolució (E) – canvis sobtats d'aspecte

No tots els canvis a la pell són signes de càncer de pell no melanoma. Tot i així, cal consultar el metge si s'observen canvis a la pell, o signes com ara:

* una ferida que no cicatritza

* zones de la pell que són:

- petites, que sobresurten, brillants i ceroses
- petites, que sobresurten i de color vermell o marró vermellós
- planes, aspres, de color vermell o marró i escamoses.

El diagnòstic i tractament precoç del melanoma és fonamental per a aconseguir la seva curació.

Cada any, durant l'estiu, l'Institut Català d'Oncologia impulsa la “Campanya de prevenció del càncer de pell” amb l'objectiu de millorar els coneixements de la població sobre els riscos per a la salut que comporta l'exposició excessiva als raigs solars i, alhora, difondre consells i recomanacions per canviar actituds que permetin gaudir dels beneficis del sol amb seguretat. Molts dels casos de càncer de pell es podrien prevenir evitant una exposició intensa al sol, i les cremades cutànies que pugui causar, especialment en els infants.

Recordeu:

Si protegim la nostra pell i adoptem les mesures de protecció solar adequades, ens ajudarà a gaudir del sol i a prevenir el càncer de pell.



Bibliografia de referència

1. Globocan 2008. Disponible en:<http://globocan.iarc.fr/factsheets>.
2. Borràs, JM, Borràs J, Izquierdo A, Gispert R. El impacto del cáncer en Catalunya. *Med Clin (Barc)* 2008; 131 (Supl1).
3. World Health Organization. Ultraviolet radiation and health (on line). Available from URL:http://www.who.int/uv/uv_and_health.
4. Gilchrest BA, Eller MS, Geller AC et al. The pathogenesis of melanoma induced by ultraviolet radiation. *N Engl J Med* 1999;340:1341-1348.
5. Ghissassi FE, Bann R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Bouvard V, et al. Special report : policy A, review of human carcinogens – part D: radiation. *Lancet Oncol* 2009;10:751-2.
6. Narayanan DL, Saladi RN, Fox JL. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Intern J Dermatol* 2010;49:978-986.
7. Gloster HM, Neal K. Skin cancer in skin of color. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 55:741-760.
8. Glanz K, Buller DB, Saraiya M, Reducing ultraviolet radiation exposure among outdoor workers: state of evidence and recommendations: *Environ Health* 2007; 6:22.
9. Saraiya M, Glanz K, Briss P, Nichols P, White C, et al. Preventing skin cancer: findings of the Task Force on Community Preventive Services On reducing Exposure to Ultraviolet Light. *MMWR Recomm Rep* 2003; Oct 17;52(RR-15):1-12.
10. Whiteman DC, Whiteman CA, Green AC. Childhood sun exposure as a risk factor for melanoma: a systematic review of epidemiologic studies. *Cancer Causes Control* 2001;12:69-82.
11. International Agency for Research on Cancer Working Group on artificial ultraviolet(UV) light and skin cancer. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: a systematic review. *Int J Cancer.* 2006;120:1116-22.

12. Committee on Medical Aspects of Radiation in the Environment (COMARE). Thirteenth Report. The health effects and risks arising from the exposure to UV radiation from artificial tanning devices. *Health Protection Agency*, 2009.
13. Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Familial Melanoma: a meta-analysis and estimates of attributable fraction. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19 (1) 65-73.
14. Leachman SA, Carrucci J, Kohlmann W, Banks KC et al. Selection criteria for genetic assessment of patients with familial melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2009; oct 61(4): 677
15. International Agency for Research on Cancer Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Agents. Sunscreens. 2001, 1st ed., Vol 5. In: Vainio H, Bianchini F, editors. IARC Handbooks of cancer prevention. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
16. Dennis LK, Beane Freeman LE, VanBeek MJ. Sunscreen use and the risk for melanoma: a quantitative review. *Ann Intern Med*. 2003;139:966-78.
17. Lautenschlager S, Wulf HC, Pittelkow MR. Photoprotection. *Lancet* 2007; Aug 11;370 (9586):528-37.
18. Gallagher RP, Rivers JK, Lee TK, Bajdik CD, McLean DI, Coldman AJ. Broad-spectrum sunscreen use and the development of new nevi in white children: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000; Jun 14;283 (22):2955-60.
19. Huncharek M, Kupelnick B. Use of topical sunscreens and the risk of malignant melanoma: a meta-analysis of 9067 patients from 11 case-control studies. *Am J Public Health* 2002; Jul; 92(7):1173-7.
20. Vainio H, Miller AB, Bianchini F. An international evaluation of the cancer-preventive potential of sunscreens. *Int J Cancer* 2000; Dec 1; 88(5):838-42.
21. Autier P, Dore JF, Cattaruzza MS, Renard F, Luther H, Gentiloni-Silverj F, et al. Sunscreen use, wearing clothes, and number of nevi in 6- to 7-year-old European children. European Organization for Research and Treatment of Cancer Melanoma Cooperative Group. *J Natl Cancer Inst* 1998; Dec 16;90(24):1873-80.



22. Darlington S, Siskind V, Green L, Green A. Longitudinal study of melanocytic nevi in adolescents. *J Am Acad Dermatol* 2002; May;46(5):715-22.
23. Glanz K, Saraiya M Wechsler H. Centers for disease control and prevention. Guidelines for school programs to prevent skin cancer. *MMWR Recomm Re.*2002;51:1-18.
24. Hunter S, Love-Jackson K, Abdulla R et al. Sun protection at elementary schools: A Cluster Randomized Trial. *J Nat Cancer Inst.* 2010;12(79);484-492.
25. Saraiya M, Glanz K, Briss PA et al. Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation. A systematic review. *Am Prev Med* 2004;27(5): 422-466.
26. Centers for Disease Control and Prevention. Skin cancer: prevention. [URL:http://www.cdc.gov/cancer/skin/basic_info/prevention.htm](http://www.cdc.gov/cancer/skin/basic_info/prevention.htm).
27. Lin SJ, Eder M, Weinmann S. Behavioral counseling to prevent skin cancer: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011;154:190-201.

RESUM

El càncer de pell

S'ha demostrat que l'exposició excessiva al sol és el factor de risc més important del càncer de pell, tant del melanoma com del no melanoma. **Més del 80% dels casos de càncer de pell es podrien prevenir** evitant una exposició intensa al sol i les cremades cutànies, especialment durant la infantesa i l'adolescència.

- Melanoma: és el càncer de pell més agressiu i està associat a episodis de cremades solars. És una malaltia poc freqüent però amb una morbiditat i una mortalitat elevades. A Catalunya, se'n diagnostiquen uns 776 casos (542 dones i 234 homes) cada any i representa l'1,5% de tots els tumors en els homes i el 2,9% en les dones. Des de fa uns anys s'observa **un increment anual continuat en la incidència de l'ordre del 2,53% en els homes i del 5,29% en les dones**.
- Càncer no melanoma: està associat a l'exposició solar acumulada al llarg de la vida i apareix en els llocs del cos més exposats. Suposen el 95% de tots els càncers de pell i presenten poca mortalitat.

Mesures de protecció

Per gaudir del sol de manera saludable, cal:

- Minimitzeu el temps d'exposició solar.
- Eviteu les hores de màxima intensitat, especialment de les 12:00h a les 16:00h.
- Cobrir-se amb samarretes i roba, gorra o barrets d'ala ampla, per protegir també coll i orelles. Dur ulleres de sol homologades, preferiblement amb banda lateral que protegeixin front les radiacions UVA i UVB sobretot en les hores de màxima intensitat solar.
- Utilitzar crema de factor de protecció elevat (superior a 20) adequat al tipus de pell. Aplicar-la en quantitat suficient, una estona abans de l'exposició i periòdicament després de banyar-se o si se sua molt. També, recordar d'utilitzar barres labials amb protecció solar.
- Buscar l'ombra per resguardar-se de la intensitat solar.
- L'aigua i la sorra reflecteixen i augmenten la intensitat solar, per tant cal augmentar les mesures de protecció.
- Beure aigua per evitar la deshidratació i evitar prendre el sol si es pren medicació fotosensible.

També cal tenir en compte

- No patir calor no vol dir que s'eviti la cremada solar. Les cremades es deuen a l'exposició als raigs ultraviolats i l'efecte tèrmic, en canvi, a la radiació infraroja. De la mateixa manera, el fet que estigui núvol tampoc evita les cremades.
- L'aplicació de productes fotoprotectors no es pot considerar una manera segura de protegir la pell ni un mitjà per perllongar l'exposició al sol.
-

- L'exposició prolongada produeix danys i envelliment de la pell i arrugues prematures. També afecta els ulls i pot alterar el sistema immunològic.
- A la platja, l'aigua i la sorra reflecteixen la llum i augmenten la intensitat solar. El mateix passa a la muntanya a més altitud o amb neu.
- La radiació UV generalment és menor durant els mesos d'hivern, però el reflex de la neu pot duplicar l'exposició total, especialment a les altituds elevades.
- Cal ser especialment previngut a principis de la primavera quan les temperatures són baixes però els raigs de sol són més forts del que es pot esperar.
- Pel que fa als nens, particularment sensibles a l'exposició solar, requereixen una protecció especial.
- Les fonts de radiació ultraviolada artificial (làmpades i llits) també són perjudicials per a la salut, i no haurien de ser utilitzades per menors de 18 anys.

Recordeu:

**Si protegim la nostra pell i adoptem les mesures de protecció solar
adequades, ens ajudarà a gaudir del sol i
a prevenir el càncer de pell.**

Mercè Peris
Institut Català d'Oncologia