

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA



TESIS

**MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES
ESCUELA - GENERAL SAN FELIPE**

Período 1975 - 1985

PRESENTADA POR

Br. Alvaro Méndez Rubí

PREVIA OPCION AL TITULO DE

Doctor en Medicina y Cirugía

616.994
m53
C-2

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

1986

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA



TESIS

**MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES
ESCUELA - GENERAL SAN FELIPE**

Período 1975 - 1985

PRESENTADA POR

Br. Alvaro Méndez Rubí

PREVIA OPCION AL TITULO DE

Doctor en Medicina y Cirugía

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

1986

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.

RECTOR

ABOGADO OSVALDO RAMOS SOTO.

SECRETARIO GENERAL

LIC. OSCAR ALVARENGA.

.....

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

DECANO

DR. RAUL FELIPE CALIX

VICE DECANO

DR. RENATO VALENZUELA.

SECRETARIA

LIC. EVA LUZ DE ALVARADO.

PROSECRETARIO

DR. JESUS ADELMO ARIAS.

VOCAL

DRA. XENIA JOSEFINA PINEDA

VOCAL

DR. CARLOS RAMON GARCIA

VOCAL

Br. ISNAYA NUIA

VOCAL

Br. GUSTAVO MONCADA.

VOCAL

Br. WALTER GALINDO

VOCAL

Br. MARVIN CALDERON

VOCAL

Br. JOSE OCTAVIO IZAGUIRRE

VOCAL.

Br. EDDY JUAREZ

VOCAL

Br. CELINA LINO

VOCAL

Br. HUGO ALONZO.

.....

TERNA EXAMINADORA.

DRA. OFELIA DE SIERRA (COORDINADORA)

DR. CARLOS GARCIA V.

DR. HECTOR LAINEZ.

SUSTENTANTE:

BR. ALVARO MENDEZ RUBI.

ASESOR.

DR. ANGEL ARGUETA.

PADRINOS:

DR. RICARDO CORRALES SANDOVAL.

LICDA. CARMEN JUDITH DE CORRALES.



AGRADECIMIENTO.

AL SUPREMO CREADOR DEL UNIVERSO.

quien con su infinita luz, fuente de Amor y Sabiduría, ilumina y guía por siempre mi camino.

A MIS PADRES: LUIS Y CAROLINA MENDOZA.

quienes con sus consejos, su apoyo espiritual y material hicieron que llegara a este momento tan importante en mi vida.

A MIS HERMANOS:

quienes en forma directa o indirecta contribuyeron en mi formación profesional.

A MI TUTORIA: Guyapa Corea de Méndez

quien en todo momento estuvo presente y su cooperación fue básica para el alcance de la meta fijada.

A MI CUNADO: Ricardo Corrales S.

quien por ser un profesional de la Medicina tuvo una valiosa participación.

A MI ASESOR: DR. ANGEL ARGÜEBA.

quien en todo momento estuvo anuente a cooperar en la realización de mi Tesis.

A MIS MAESTROS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

Por su valiosa contribución en mi formación profesional.

A todas las Personas:

que de una u otra manera contribuyeron a la elaboración de este trabajo, en especial al Dr. RAUL BENITES.

I N D I C E .

- I .- Introducción.
- II .- Formulación del Problema.
- III .- Justificación.
- IV .- Objetivos.
- V .- Marco Teorico.
 - 1.-Conceptos Generales.
 - a.Definición y Conceptos.
 - b.Sinónimos.
 - c.Incidencia.
 - 2.-Etiologia y Patogenesis.
 - 3.-Histopatologia.
 - 4.-Clasificación.
 - 5.-Signos y Sintomas.
 - 6.-Diagnostico.
 - 7.-Diagnostico Diferencial.
 - 8.-Tratamiento.
 - 9.-Evolución Clínica.
 - 10.-Pronostico y Sobrevida.
- VI .- Definición de Variables.

VII	.-	Hipotesis.
VIII	.-	Material y Metodos '(Diseño Metodologico).
IX	.-	Presentación de Datos.
X	.-	Conclusiones.
XI	.-	Anexos.

INTRODUCCION.

El Melanoma Maligno es uno de los Canceres más Malignos del organismo, se caracteriza por su riqueza en pigmento melánico el cual se manifiesta por su peculiar tinte oscuro.

Esta neoplasia es propia del adulto joven ya que su máxima frecuencia ocurre entre los 40 a 60 años, aunque puede verse en los dos extremos de la vida, el sexo femenino tiene una ligera predominancia sobre el sexo masculino, la población blanca es más afectada que la negra y dentro de esta última los melanomas plantares son los que predominan, la localización más frecuente es a nivel de piel aunque puede verse en otros sitios del organismo como ojos, superficies de mucosas y sistema nervioso, la clinica nos hace sospechar este tumor pero las Biopsias , es la que nos da el diagnostico definitivo, como en todos los canceres un buen pronostico depende de lo temprano en que se haga el diagnostico , aunque éste tumor tiene un curso impredecible ya que puede crecer rapidamente o tomar varios años,de igual manera las metastasis pueden ocurrir precoz o tardiamente.

Como una inquietud nuestra en el enriquecimiento de la Investigación en el campo de la Oncología, es que surgió la idea en desarrollar el tema:

"MELANOMA MALIGNO" el cual tuvimos la ocasión de observar y conocer en los pacientes de las Salas de Oncología del Hospital general San Felipe o en los Servicios de Dermatología del Hospital Escuela, durante nuestra formación profesional.

Nuestro trabajo incluirá una revisión bibliográfica actualizada alusiva al tema, creemos en la necesidad de que todo médico desde la práctica de su servicio social esté en capacidad de sospechar o detectar aquellas lesiones que puedan sufrir cambios malignos, y de esa manera decidir cual será la conducta a seguir.

El Estudio es retrospectivo, se realizará utilizando los archivos del Hospital Genral San Felipe y Hospital Escuela, analizando los expedientes clínicos de los Pacientes con Melanoma Maligno desde Enero de 1975 hasta Diciembre de 1985.

II. FORMULACION DEL PROBLEMA.

Como consecuencia de la escasa información que tenemos en nuestro medio acerca del Melanoma Maligno es importante realizar los interrogantes siguientes:

1. ¿ Qué es el Melanoma Maligno ?
2. ¿ Qué relación tiene tal Patología con el medio ambiente del paciente?
3. ¿ Cómo se clasifica esta Patología?
4. ¿Cuál es la importancia en determinar el Estadio de la enfermedad?
5. ¿Cuál es la prevalencia en general para el Melanoma Maligno y que se ha hecho para su control epidemiológico?
6. ¿ Qué medidas profilácticas se les podría aconsejar a los pacientes?
7. ¿Cuál es el tratamiento de esta enfermedad y que pronóstico tienen los pacientes ?
8. ¿Cuáles son las complicaciones o efectos adversos del tratamiento ?

III. JUSTIFICACION.

El Melanoma Maligno es una Patología catalogada como un Cancer de piel, aunque también puede localizarse en forma primaria en otros sitios del organismo como los ojos, superficies de mucosas y sistema nervioso, dado lo impredecible de su curso ya que puede crecer rápidamente o tomar varios años , de igual manera las metastasis pueden ocurrir precoz o tardamente, y que el indice de supervivencia después de la excisión va a depender del grado de invasión ; nos sentimos impulsados a realizar este estudio.

De acuerdo a recientes reportes de la Literatura Mundial la incidencia de esta Patología está alcanzando niveles alarmantemente altos, y debido a que son nulos los trabajos de investigación sobre Melanoma Maligno en los Hospitales Escuela y General San Felipe , por lo que se desconoce cual es la prevalencia e incidencia de tal Patología , así como su evolución en los pacientes atendidos en dichos hospitales.

Todo lo anterior son causas justificables para realizar

este trabajo consistente en el estudio del Melanoma Maligno en los Hospitales General San Felipe y Escuela en el periodo comprendido entre 1975 a 1985.

IV. OBJETIVOS.



A. Generales.

1. Determinar la prevalencia del Melanoma Maligno en los Hospitales General San Felipe y Escuela en el periodo comprendido entre 1975 a 1985.
2. Conocer la evolución del Melanoma Maligno en los pacientes atendidos en los Hospitales y periodos antes mencionados.
3. Conocer y evaluar los esquemas de tratamiento empleados en tal Patología.

B. Específicos.

1. Determinar la incidencia del Melanoma Maligno por grupos de edad.
2. Determinar que sexo y raza se expone más al riesgo de contraer esta enfermedad.
3. Establecer la relación que tiene la enfermedad con la ocupación del paciente.
4. Determinar la frecuencia de la enfermedad con la relación al medio (rural o urbano).

5. Establecer las areas Anatómicas en donde aparece con mayor frecuencia el Melanoma Maligno.
6. Tipos Anatomopatológicos del Melanoma estadios del Melanoma (CLARK)
7. Determinar cuales son los Métodos Diagnosticos más utilizados en tal Patología.
8. Determinar en que Estadio Histologico se presentan los pacientes al Hospital con esta enfermedad.
9. Valorar el tratamiento en relación al Estadio.

V. MARCO TEORICO.

1. CONCEPTOS GENERALES.
 - A.- Definición y Conceptos.
 - B.- Sinonimos.
 - C.- Incidencia.
2. ETIOLOGIA Y PATOGENESIS.
3. HISTOPATOLOGIA.
4. CLASIFICACION.
5. SIGNOS Y SINTOMAS.
6. DIAGNOSTICO.
7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
8. TRATAMIENTO.
9. EVOLUCION CLINICA.
10. PRONOSTICO Y SOBREVIDA.

CONCEPTOS GENERALES.

A.- Definición y Conceptos.

El Melanoma es un tumor Maligno de origen Melanocítico, que se forma por la proliferación Patológica y Anaplasica de las llamadas Células Névicas (Nevocitomas) y de los Melanocitos o de sus Células precursoras.

Estas células se desarrollan en la cresta neural y emigran activamente durante el desarrollo embriológico a sitios de piel, ojos, superficies de mucosas y sistema nervioso.

En la capa basal de la Epidermis, existen células de forma Dendritica denominadas Melanocitos de origen Embriológicos y neural, en las que se lleva a cabo la síntesis del pigmento melánico, se considera que las células névicas tengan el mismo origen que los Melanocitos (Masson) y sus diferencias Morfológica, con las primeras se debe a las alteraciones patológicas del tejido tumoral y para diferenciarlas de las células normales se denominan Melanoblastos, siendo éstos los elementos celulares que histológicamente forman los Melanomas.



B.- Sinónimos.

Melanoma, Melanocarcinoma, Nevocarcinoma.

c.- Incidencia.

La Incidencia del Melanoma Maligno es elevadísima en algunas partes del mundo ; Escandinavia tiene incidencia de 11 nuevos casos por cada 100,000 personas por año; y los Estados del Sur de Norte América sobre todo Arizona y Nuevo México.

La Velocidad del incremento es más rápida que en cualquier otro tumor, en Escandinavia la incidencia se dobla cada 10 años y en Queensland cada 15 años , en Nuevo México y Arizona la incidencia se ha cuadruplicado en los últimos 10 años.

Aquí el incremento está confinado a la población descendiente de los Norte Europeos ; los negros y aquellos Hispanos o descendientes de mexicanos no tienen un demostrable incremento de la incidencia.

En Inglaterra y Wales entre 1962 a 1970 la razón fué de 1.38 por cada 100,000 hombres por año y de 2.5 por cada 100,000 mu

jes por año.

Fero en 1977 estos valores ascendieron a 2.3 para hombres y a 4,4 para mujeres.

En Escocia en 1979 la edad fué acomodada a la incidencia y la estadística fué de 3.7 por cada 100.000 hombres y de 6.2 por cada 100.000 mujeres.

Trabajos procedentes del registro del cancer en Oxford han detectado elementos claros en la incidencia particularmente después de un verano muy cálido , sugestivo de que el periedo latente bajo el sol induce o prmueve una lesión ,esto solamente tiene valor para el Melanoma Maligno Cutaneo.

Datos disponibles del melanoma ocular y en otras localizaciones no muestran incremento de la incidencia en ninguna parte del mundo.

La edad a la cual es más frecuente el melanoma es de los 40 a 60 años, aunque puede presentarse a cualquier edad , el sexo más afectado es el femenino, la población blanca es más afectada que la negra en una proporción de cinco a uno, el sitio más común del melanoma en la mujer blanca es sobre las



extremidades inferiores, no obstante el sitio más común en hombres blancos es sobre el tronco, estas observaciones se han hecho en los estados unidos , mientras que en África el 70 % de los casos reportados en negros son melanomas plantares.

El Melanoma es uno de los canceres más malignos del organismo y le corresponde del 1 al 3 % de todos los canceres su localización más frecuente es a nivel de piel aunque puede aparecer en otros sitios como los ojos, superficies de (boca, nariz, vagina, pene, y canal anal), sistema nervioso y rarísimos casos reportados por la Literatura Inglesa localizados en vejiga y prostata tanto masculina como femenina.

En un estudio de Melanoma Maligno cutáneo sobre los factores que aumentan la incidencia de contraer la enfermedad, donde se comparan los casos con los controles se observó que el cabello rojo se asocia a una triple elevación , el cabello rubio a un 60 % de incremento y piel blanca con el doble; en el mismo estudio se observó que el Melanoma se encuentra asociado con algunas enfermedades dermatológicas, en orden de frecuencia son Psoriasis, vitiligo, excema, dermatitis y acne. 3,6,19

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS.

Con respecto a la Etiologia y Patogenesis del Melanoma maligno se han realizado varios estudios.

Por muchos años el Melanoma fué considerado ser una transformación maligna de nevos benignos previos ; pero analisis cuidadosos por Clark revelan la existencia de lesiones pigmentadas pre- existentes en solo 25 a 40 % de todos los casos. Cerca de un tercio del Melanoma de extensión superficial y de un cuarto del Melanoma nodular ocurren en nevos benignos previos lo que sugiere que tienen similares relaciones de pigmentación y características.

Los nevos benignos pueden tener diversas formas los rangos van desde achatados, sesil a papilar a veces es belludo y el color puede variar de una sombra normal de piel a negro carbón ; el nevo que más frecuentemente sufre cambios malignos es el nevo de unión cuyas células se encuentran tanto en la Dermis como en el limite de la epidermis , los nevos gigantes que son lesiones Intradermicas , también están propensos a sufrir cambios malignos y en menor grado sufren trans

formación maligna el nevo azul el cual está formado por interrelación de ramales de tejido fibrótico asociado con células conteniendo melanina en la Dermis.

Un Promedio de cien nevos benignos pueden establecerse en adultos blancos, pero la transformación maligna de estas lesiones es poco común, traumas o irritación crónica puede jugar un papel importante en la transformación maligna de estas lesiones como en el caso del Melanoma de la cavidad oral en donde la irritación puede estar dada por una protesis o el uso del tabaco, o como en el caso del melanoma maligno del tronco en donde el uso de brasieres o cinturones pueden ser los agentes causantes de la irritación, también se habla del uso de zapatos muy apretados cuyo roce sobre las callosidades puede ser la causa de un Melanoma Maligno de pie.

En 1980 Norris notó que el padre de sus pacientes con Melanoma habían muerto de melanoma maligno además observó gran cantidad de nevos en la piel, de miembros de una misma familia por lo que se inclinó a creer que la enfermedad era hereditaria, ha partir de entonces similares observaciones han sido

hechas por varios autores , en tiempos modernos esta observación descansa en un trabajo hecho por COWLEY quién descubrió una familia con multiples casos de Melanoma maligno y numerosos nevos de color café esparcidos en tronco y extremidades.

RAHBARI Y MEHREGAN han descrito un número de pacientes con nevos displasicos probados histológicamente quienes tienen un historial personal y familiar del Melanoma.

Estudios histológicos del Melanoma primario han identificado precursores displasicos en el margen del tumor en un 25 a 35 % de los casos la evidencia indica que nevos displasicos existen en familias de genética rara.

El rol jugado por la luz ultravioleta y las hormonas en la patogenesis del Melanoma Maligno son controversiales, muchos autores tienen establecidos que el incremento de la incidencia del Melanoma Maligno cutaneo se debe al aumento de la exposición a la luz ultravioleta del tipo B.

Es conocido que el número de melanocitos aumenta por la exposición a la luz ultravioleta pero esta es un incremento impreciso en relación a la proporción de muertes por Melanoma.

Existen varios estudios en donde se ha observado que las personas que trabajan o gastan su tiempo libre fuera de su casa son más propensas a desarrollar un Melanoma que aquellos que permanecen dentro de la casa.

Además las personas con cabello rojo-rojizo, ojos azules y piel clara son especialmente vulnerables a los efectos de la luz ultravioleta, incrementándose el riesgo de contraer un melanoma, a pesar de estas observaciones parece ser que la radiación solar solo juega un papel menor en la Melanogenesis del Melanoma.

El Melanoma no puede ser inducido experimentalmente por la luz ultravioleta sola; es posible inducir el Melanoma en animales de experimentación solo cuando ellos tienen simuláneamente exposición a un químico carcinogenico conocido.

La categorización de la clase social y la ocupación de los pacientes con Melanoma muestra que el hombre que trabaja dentro de la casa tiene una alta proporción de muerte por Melanoma como la del hombre que trabaja fuera de casa.

Por otra parte una de las características sobresalientes del melanoma cutáneo es que no tiene especial predilección por regiones del cuerpo expuestas a la luz del sol, como lo hacen otros cánceres de piel.

Para explicar algunas de estas inconsistencias Mc Govern sugiere que el castigo ocasionado por el sol puede proteger los melanocitos contra los efectos Carcinogénicos de la luz ultravioleta.

Proteínas receptoras de estrógenos recientemente han demostrado estar presentes en células del Melanoma sugiriendo un posible rol de las Hormonas, especialmente Hormonas del sexo femenino y anticonceptivos orales como agentes causantes, no obstante un estudio reciente hecho por Kreagan y colaboraciones encontraron que solo el 12% de los Melanomas son Estrofil Protein Positivo, los Melanomas son raros en muchachos inmaduros sexualmente y son activados por el embarazo.

Shaw et al y Elwood y Coldman han establecido que el embarazo no afecta la sobrevida, en algunas investigaciones otros factores se han sugerido, que pueden contribuir a la Etiología del Melanoma incluyendo arsénico, alcohol, bifenilclorinato y exposición a grandes niveles de Energía Radio Activa. 3,4,6,7,8,9,.

HISTOPATOLOGIA.

El Componente Histológico principal del Mole Benigno o nevo y del melanoma maligno, es el melanocito, este es el productor de Melanina ,dopa positivo a nivel de la capa basal de la epidermis.

El desarrollo de un nicho de células en la capa basal de la unión Epidermo - Dérmica, se conoce como unión névica y se cataloga como una forma inmadura, cuando todas las células del nevo han invadido la Dermis se dice que es un nevo Intradermico y se cataloga como una forma madura.

El Estadío intermedio es cuando algunas células se localizan en la capa basal y otras en la Dermis, y se denominan Nevo, compuesto , no existe una opinión unanime con respecto al origen de estas células así como de los factores responsables para la transformación en células malignas.

La pregunta de que sí una biopsia es o nó aconsejable en lesiones altamente sospechosas de Melanoma Maligno, ha sido ampliamente discutida, ya que algunos autores creen en la diseminación linfática o Hematogena, por lo que se sugiere

que cuando sea posible una exición con algún margen de piel normal, se realice para un examen "istológico , una lesión pigmentada es objeto de biopsia cuando hay antecedentes de:

- a.- Cambio de tamaño, coloración y sangrado.
- b.- Prurito.
- c.- Dolor.
- d.- Lesiones pigmentadas elevadas Congénitas.
- e.- Lesiones con coloración gris, azul uniforma, o coloración variada,: azul, gris, blanco, rojo mezclado, con café o negro.
- f.- Lesiones con bordes irregulares, por lo regular con una muesca.
- g.- Lesiones con superficie Irregular.

Histológicamente , la lesión generalmente presenta de leve a moderado número de figuras mitóticas, anaplasia e infiltración inflamatoria, células bizarras multinucleadas y gigantes pueden ser observadas . Las maculas para activación de tirosinasa o Dihidroxifenilalanina pueden ser usualmente positivas, el patrón celular es muy similar al epitelioma, con células dispuestas en capas y cordones.

El tamaño y forma de las células tumorales en la Dermis mues tran gran variación, se pueden reconocer dos tipos de células:

Cuboidales y fusiformes, la mayor parte de los tumores muestran los tipos (Dos) de células, el tipo cuboidal usualmente es el que predomina, y cuando predomina el tipo fusiforme nos recuerda los Fibrosarcomas.

La cantidad de Melanina varia considerablemente y en algunos tumores hay grandes cantidades, en otros particularmente tumores de crecimiento rápido puede no haber evidencia de melanina en coloraciones de Hematosilina-Eosina, tales tumores reciben el nombre de Melanoma Amelanótico.

La infiltración inflamatoria en un Melanoma Maligno tempranamente invasivo, está presente en la base del tumor, una vez que la invasión profundiza la dermis por células malignas, la infiltración inflamatoria decrece en severidad, 1,15,25.

CLASIFICACION.

En 1967 CLARK formuló la ahora Internacionalmente aceptada clasificación del Melanoma:

- a.- Melanoma Lentigo Maligno (Melanoma elevandose de una pe
ca Melanótica de Hutchinson).
- b.- Melanoma de extensión superficial.
- c.- Melanoma Nodular.

La clasificación está basada sobre el reconocimiento de dos fases principales del desarrollo del tumor. En la primera fase el crecimiento es radial, los melanocitos neoplasicos se extienden a lo largo de la placa basal de la epidermis y la dermis papilar para formar una mancha de extensión ra
dial, esta fase se observa en el Melanoma de extensión su
perficial y el tipo lentigo maligno.

En la Segunda fase el crecimiento es vertical, la dirección de la proliferación es perpendicular previa a la fase, resul
tando una invasión de la Dermis reticular y el tejido sub-cu
taneo, el melanoma nodular es el que sigue este modelo de
crecimiento recientemente en cuarto tipo de Melanoma fué ad
herido al atrio existente, el Melanoma lentiginoso acral.

La adición de este cuarto tipo de tumor parece justificada porque sus características clínicas e Histológicas son diferentes de aquellos otros tipos Histogénicos.

Los Estadios clínicos son indispensables cuando se va a tomar una decisión terapéutica, determinando el pronóstico; El Melanoma Maligno ha sido dividido en tres estadios.

Estadio I. Melanoma localizado fuera de Metastasis a distancia o nodulos regionales incluyendo el Melanoma primario no tratado o removido por excisión biopsia, recurrencia localmente del Melanoma dentro de 4 cm. del sitio primario, y multiples Melanomas primarios.

Estadio II. Metastasis localizadas a los nodulos Linfaticos regionales, incluyendo la presencia del Melanoma primario o remoción con Metastasis simultaneas, Melanoma primario o controlado con subsecuentes metastasis, Melanoma con recurrencia local con metastasis, metastasis en transito más allá de 4 cm. del sitio primario y Melanoma primario desconocido.



ESTADIO III. Melanoma diseminado incluyendo Metástasis Vis
cerales o múltiples linfáticos y múltiples me
tastasis cutaneas o no cutaneas.

En 1977 el centro para la evaluación de métodos diagnosti-
cos y de tratamiento del Melanoma acepta el Sistema TNM pa-
ra los Estadios Clínicos , esta clasificación está basada en
la inspección ,palpación y medición del tumor primario inclu-
yendo el modelo Histogenico y la profundidad de la Invasión.

T= Extensión del tumor primario.

N= Condición de los nódulos linfáticos regionales.

M= Ausencia o presencia de metastasis a distancia.

En 1969 CLARK define los corrientemente populares cinco nive-
les de infiltración:

NIVEL I. INTRAEPIDERMAL (Insitu)

NIVEL II. Invasión dentro de la Dermis Papilar.

NIVEL III. Tumor con acumulación de células a lo largo de la
interfase entre la Dermis Papilar y la reticular.

NIVEL IV. Invasión dentro de la Dermis Reticular.

NIVEL V. Invasión dentro de la Estructura subcutanea.

BRESLOW divide el Melanoma Maligno dentro de tres grupos de acuerdo al Diametro.

a.- Menor que 0.75 mm.

b.- Lesiones de 0.76 mm a 1.5 mm

c.- Lesiones mayores de 1.5 mm/.

Los pacientes son lesiones que tienen un diametro menor de 0.76 mm. , tienen un excelente pronostico, aquellos que tienen lesiones de espesor intermedio tienen un incremento en la proporción de la morbilidad y aquellos con lesiones profundas tienen peor pronostico. 2,1.

SIGNOS Y SINTOMAS.

Los Melanomas Malignos aparecen en cualquier parte del cuerpo, aunque las zonas más comunmente afectadas son los miembros inferiores y en especial sobre la planta del pie, dorso de los dedos , alrededor o debajo de la uña(Panadizo Melánico), la cabeza y el cuello; con menos frecuencia en el tronco(espaldada) , miembros superiores , ojos, mucosas,(cavidad oral, nasal, vaginal), pene y uretra y canal anal.

El Melanoma Maligno cutaneo principia por una ligera elevación de un nevo pre-existente con escaso dolor y presencia de un halo pigmentado alrededor de su base, halo que con mucha frecuencia no es apreciado por el médico, luego se observa un rápido aumento de volumen o extensión , oscurecimiento de color azul obscuro, ulceración , hemorragia, aparición de nuevos elementos en la venindad con molestias subjetivas y alteraciones funcionales de acuerdo al sitio de localización.

El Tumor se presenta como una masa voluminosa, exofitica, mamelonada, pediculada o sesil, de tamaño variable, superficie keratosica o húmeda, lisa o lustrosa, con bordes definidos, de co

lor achocolatado o negro que sangra fácilmente al contacto, infiltración de los planos superficiales y profundos, a veces existen en la vecindad pequeños nodulos negruzcos (metastasis locales).

El inicio es silencioso y sin prodromos siguiendo algunas veces un curso lento ; lo más común es que su evolución sea más rápida o explosiva y con características a formar metastasis , su propagación puede ser local o a distancia, siguiendo la via linfatica hacia los ganglios regionales o por via sanguinea a los otros organos del cuerpo como cerebro (S.N.C.) higado, pulmones, riñones, sistema digestivo y hueso.

Das, Gupta y Mc Neer estudiaron la distribución de los nódulos linfáticos regionales metastasicos en referencia a la localización de la lesión primaria, encontraron que cuando la lesión primaria se localiza en la región axilar Ipsilateral y raramente en la región cervical , y cuando la lesión se localiza por debajo de la octava costilla, las metastasis ocurren en la arista Ipsilateral y rara vez son establecidas en los nodulos epitrocleares y popliteos.

El Melanoma Maligno de los miembros Inferiores es más frecuente en las mujeres blancas, mientras que los melanomas plantares son más frecuentes en negros, la gran mayoría de las publicaciones del Melanoma del pie, se concentran en el tipo subungueal, debido a la dificultad en el diagnóstico, usualmente está bien demarcado en el lecho de las uñas de los dedos del pie o de las manos, sobre todo involucrando el pulgar o el dedo gordo del pie.

En un estudio de 534 pacientes con Melanoma Maligno Cutáneo del cuello y la cabeza hecho por la Universidad de Alabama en 1984, se encontró que el tumor por orden de frecuencia se localiza en la cara, cuello, cuero cabelludo y oreja, y se determinó que el Melanoma más frecuente fue el tipo lentigo maligno, y además por su comportamiento biológico y localización es diferente al Melanoma del tronco y de las extremidades.

El Melanoma Maligno del ojo crece con mayor frecuencia en la coroides y cuerpo ciliar y menos frecuentemente en el iris y la conjuntiva, en la Coroides puede producir un desprendimiento de la retina y como consecuencia una pérdida de la visión, disturbios visuales pueden aparecer tem

pranamente, cuando el tumor aumenta de tamaño y crece dentro de la cavidad vitrea causa un desplazamiento y degeneración de toda la retina, presentando un montículo formado o tumor en forma de hongo, un crecimiento mayor puede provocar una extensión extraocular, estrechas del ángulo con glaucoma secundario y / o necrosis con inflamación. Los Tumores del Iris pueden ser difusos atravesando su estroma o pudiéndose extender hasta el interior de la cámara y/o estructuras angulares; el grado de pigmentación del Melanoma Maligno de la conjuntiva es variable, aquellos que nacen de ^{de} nevos benignos pueden mostrar áreas de lesión pre-existentes.

Las metastasis pueden ocurrir en los nodulos linfaticos cervicales, higado, y cerebro.

Los Melanomas de la cavidad oral son frecuentemente ulcerados y grandes como consecuencia del tiempo al cual los pacientes se presentan a consultar al médico o Dentista, la demora en el diagnostico se debe a que las lesiones de la boca son poco accesibles y no se pueden ver fácilmente, y muchas lesiones inicialmente son asintomaticas.

Eventualmente los pacientes desarrollan tumefacción, sangrado; dolor o pérdida de dientes, muchas lesiones crecen muy despa-

cio meses o años, mientras que otras crecen rápidamente desde el inicio clinicamente pueden ser de color obscuro o ser amelanóticas.

El Melanoma Maligno del pene y la uretra masculina son raros la lesión inicial y la duración de los síntomas son difíciles de pronosticar. Muchos pacientes reportan una lesión pre-existente de meses o años de duración con reciente crecimiento y ulceración ; otros refieren la aparición de una masa pedunculada papular, pigmentada y con crecimiento progresivo, inicialmente la sintomatología incluye uno o más de los siguientes: masa en pene o uretra, disuria, Hematuria , descarga hemática por el pene, melanuria, sintomatología obstructiva y división del chorro urinario. La diseminación ocurre por extensión local, por vía linfática a los ganglios Inguinales y por vía Hematogena al hígado, pulmones, huesos, cerebro y otros sitios distantes.

Los Melanomas del canal anal se manifiestan por dolor, sangrado o una masa externa, la minoría son pigmentados.

Los casos de Melanoma Maligno con múltiples Metastasis profundas pueden cursar con Melanuria, por eliminación de Metabo



litos de la Melanina, lo cual se hace patente por el
oscurecimiento de la rina, algo después de la emisión
debido a la oxidación de dichas sustancias por el aire.

1,5,7,8,14,18,19,15,24.

DIAGNOSTICO.

El Diagnostico del Melanoma puede estar basado sobre la apa riencia de la lesión con particular consideración de Historia de recientes cambios dentro de la misma lesión , el factor más importante para observar es cambios en tamaño, color, es pesor o nodularidades sangrando de la superficie de la le- sión , y el desarrollo reciente de picazón u hormigueo en una area de pigmentación , estos cambios clínicos son altamente sug estivos, pero no dan un diagnostico definitivo, por lo que es imperativo un examen Histológico completo recomendandose practicar una biopsia ex icional, la cual no influye en la sob revida, cuando es seguida por una Cirugia definitiva dentro de cuatro semanas.

La citologia tiene un muy limitado valor para el diagnostico del melanoma avanzado , no obstante la aspiración con una agu ja fina tiene un empleo en el diagnostico de metastasis subcu taneas nodulares o viscerales con alta exactitud, se debe indi car una radiografia de torax.

Seigler reporta un 7 % de nodulas pulmonares metastasicos en radiografia de torax de rutina, y en los pacientes con en fermedad sistematica la proporción se acerca al 40 %.

La tomografía computarizada es superior para demostrar un involucro pulmonar o de cualquier organo.

TEE y colaboradores reportan el uso del Scan radiactivo para predecir exactamente el drenaje linfatico de Melanomas del tronco . El sitio exacto del drenaje linfatico puede ser identificado por inyección Intradermica de oro coloidal o técnica de 99 mm. de sulfuro coloidal alrededor de la insición de la biopsia.

La correlación entre la distribución del coloide radioactivo y la extensión de las metastasis actuales fué excelente.

Recientemente se ha observado que el antimonio radiactivo produce una mejor y clara resolución.

En 1968 MORTON Y ASOCIADOS demostraron la presencia de anticuerpos enfrente del Melanoma Maligno Humano por inmunofluorescencia. Posteriormente la detección de estos antígenos tumorales fué reportada con el uso de la Xenoantisera con una variedad de técnicas inmunológicas ,la purificación de antígenos tumorales de Melanoma humano se ha perfeccionado en los ultimos años , y recientemente un alto antisuero específico parece ser aprovechable como un resultado de la producción de anticuerpos radioactivos monoclonales con antígenos asociados al tumor.

El murino 96.5 que es un anticuerpo monoclonal antimelanoma fué marcado con yodo 121 o yodo 123 para detectar Metastasis en pacientes con melanoma maligno obteniéndose resultados sumamente satisfactorios, por Radioinmunoensayo el complejo monoclonal antígeno anticuerpo puede ser identificado en los fluidos corporales y sirve como un aparato de monitoreo para detectar recurrencias tumorales en muchos estadios avanzados.

Radioisotopos usando anticuerpos marcados para tumores específicos pueden permitir avances significativos en el diagnóstico y tratamiento del Melanoma Maligno. 2,13,16.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Los Melanomas Malignos pueden ser confundidos con muchas otras lesiones pigmentadas, donde la pigmentación puede ser debida por melanina o por algunos otros pigmentos tales como la Hemosiderina, sin embargo la confusión de lesiones malignas como benignas es grave y el pronostico es sumamente malo ; por tal razón es preciso de manera sistemática proceder a un examen Histopatológico tras la aparición de toda neoformación sospechosa , el diagnostico biológico se puede hacer determinando el aumento de la actividad antitirosinasa del suero o utilizando tirosina radioactiva marcada con C_{14} . Entre las lesiones con que hay que hacer el diagnostico diferencial incluyen entre otras :

1. LESIONES VASCULARES.

lagos venenosos (especialmente en los labios), hemangiomas tromboticos o infectados, angiokeratomas, sarcoma de Kaposi, hemangiomas traumaticos especialmente sub-ungueales, histiocitoma, granuloma piogénico.

2. LESIONES PIGMENTADAS.

Nevos de Conjunción, nevos compuestos, nevos de Células
fusiformes , nevos azules, queratitis seborreica, epitelio
ma de Células basales pigmentadas. 1

TRATAMIENTO

No es práctico , ni garantiza, remover todos los nevos benignos de piel para prevenir su transformación maligna, un nevo puede ser removido cuando este está sujeto a irritación crónica por un collar , cinturón , zapato, o infección crónica. Los nevos de unión en los genitales mejor es removerlos.

El tratamiento del Melanoma Maligno cutaneo es quirurgico antes de la Cirugia primaria , un diagnostico Histologico es imperativo y la lesión debe ser clasificada dentro de los microestadios.

El primer paso en la Cirugia es una excisión tridimensional del tumor, preferiblemente con el paciente bajo anestesia general , la técnica clásica recomendada es una amplia excisión de la lesión cutanea con remoción de todo el espesor de la piel tejido sub cutaneo y fascia por aproximadamente 5 cm, más allá del perimetro visisble del Melanoma. Consideraciones cosméticas y funcionales pueden influir en la extensión de la excisión por ejemplo si la lesión es sobre la cara.

La excisión puede ser elíptica , comienza proxíamente y a menudo se requiere un injerto de piel para llenar o corregir el defecto.

Recientemente fué mostrado que el espesor del tumor es un parámetro útil , para determinar la resección marginal libre de tumor.

Breslow y Match sugieren un margen de 2 cm para los melanomas que tienen un diámetro menor de 0.76 mm.

La recomendación de Balch Asociados y Bagley es la misma.

Say y colaboradores recomiendan un margen de 1,5 cm. para melanomas con diámetro menor de 0,85 mm. y para melanomas de 0.85 a 1.69 mm de espesor aconsejan 3 cm del margen del corte del tumor.

El Melanoma sub-ungueal ya sea de los dedos de las manos o del pie , requieren especial consideración , una desarticulación metacarpal o metatarsal es recomendada para melanomas debajo de la uña o localizado en las falanges distales de los dedos del pie o de la mano, y una amputación carpometacarpal o tarsometatarsal es el tratamiento preferido para lesiones de las falanges proximales, esta téc-

da un excelente control de la enfermedad local.

Es universalmente aceptado que cuando los nodulos linfaticos están aumentados y firmes tales como en el Melanoma Estadio Clínico II, la disección terapeutica de los nodulos linfaticos regionales está indicada.

La disección radical de los nodulos del cuello con lobectomia superficial de las parotidas es recomendado para un tumor primario localizado sobre las parotidas; cuando están involucrados los linfaticos axilares.

La disección de los nodulos axilares en bloque con los pectorales menores es indicada.

La presencia de indicios de positividad de enfermedad pelvica, se practica disección de los nodulos Inguinofemorales e Ileobuturales.

Cuando un Melanoma maligno en estadio II, se localiza en las extremidades inferiores, generalmente los nódulos linfáticos no están tomados, pero si se encuentra en Estadio III, generalmente hay micrometastasis, a los linfaticos regionales por lo que la disección de estos está indicada.

DR GUPTA Y COHEN recomiendan Celiotomia para melanomas de las extremidades inferiores, la presencia de enfermedad intraabdo



anal requiere disección radical de los nodulos Inguinales. Las indicaciones para una linfadenectomia electiva es sujeta a muchos debates se propone una disección de los nodulos profilacticos o electiva (disección de nodulos linfaticos regionales no palpables tan pronto como el Melanoma es diagnosticado) basandose sobre los siguientes argumentos.

Aproximadamente 30% de los nodulos clínicamente negativos contienen lugares microscopicos de metastasis; la tasa de sobrevivida de los pacientes quienes fueron sometidos a una disección electiva de los nodulos es superior que para los pacientes que recibieron disección terapeutica de los nodulos. Aunque classicamente se considera que los Melanomas malignos son radioresistentes, esto no es del todo cierto.

La radioterapia como unica medida terapeutica no es aconsejable , pero en cambio ciertos autores la asocian a la cirugía (4000 a 1200 rads a 50 Kv antes ó inmediatamente después de la intervención) o para el tratamiento de las metastasis, afirmando que mejoran las posibilidades de sobrevivida. Jorgsholm y Engdall han propuesto que la radioterapia se use como una medida paliativa, no obstante la cirugía no puede quedar fuera por virtud de localización , extensión o edad

del paciente.

Los Melanocitomas Malignos Yuxtaoculares desarrollados sobre Melanosis de Hutchinson - Dubreivilh son los Melanomas más radiosensibles.

Escalante obtenia en ellos excelentes resultados con radioterapia, haciendo el tumor más sensible a las radiaciones por la Inyección previa de Eosinato de Cesio.

Numerosas drogas han sido probadas en el tratamiento del melanoma con bastantes resultados insatisfactorias: Metrotexate, 5 fluoracilo, 6 Mercaptopurina, Cistocina de Arabinosida, naturalmente como toda nueva droga conviene aprovecharla.

Es probada con la esperanza de un mejor efecto, una de estas DTIC (Dimetil - triazeno-Imidazole-Carboxamida) es reportado como efectiva contra el melanoma diseminado, actualmente se usa mucho la quimioterapia regional.

Esta puede llevarse a cabo con infusiones Intraarteriales o bien perfusiones extra corpeas, aislando la circulación del miembro en circuito cerrado, en el que se hace actuar durante una o dos horas un quimioterapico (Melphalan, actinomicina D ,

metastaza nitrogenada) estos son utilizados como perfusores para Melanoma Malignos de las extremidades, para incrementar la sobrevivencia.

El uso de sangre caliente con Melfalen se usa para aumentar el efecto Antiplasico de la droga.

El uso de agentes Citotoxicos en Melanoma Maligno avanzado, tienen en general resultados poco objetivos, con muy pocas observaciones en las remisiones a 6 meses.

Los dos agentes con los cuales se ha ganado más experiencia son el DTIC (Imidazole Carboxamida) y la vindecina. En algunos casos el promedio de respuesta es alrededor de 20 a 25% y parece ser más efectivo en pacientes con Metastasis sub-cutaneas que en los que tienen Metastasis viscerales.

Recientemente resultados más prometedores se han reportado usando la quimioterapia combinada. Incluyen respuestas objetivas en un 47%, vindecina, bleomicina y Cisplatin y una respuesta entre parcial a completa en un 40% usando la combinación de Bleomicina, vincristina, DTIC(Imidazole Carboxamida).

El DTIC (Dimetil - triazeno-Imidazole-Carboxamida) ha te
nido el más amplio uso como agente único en casos de Mela
noma diseminado , parece más efectivo para tejidos suaves
que para las metastasis viscerales.

El DTIC ha sido usado en combinación con muchos agentex ci
totoxicos con insignificante mejoría de su actividad.

Las Nitrosoureas tienen la ventaja de su alta solubilidad
lipídica y por lo tanto para cruzar la barrera Hematoencefa
lica . Los resultados cuando se usan como unico agente han
sido poco indicativos.

PUGH y Colaboradores obtuvieron una respuesta total de
13 % en 97 pacientes tratados con CC NU (lomustine).
WASSERMAN y colaboradores reportaron resultados similares
(13%) en 133 pacientes con enfermedad diseminada.

EL CCNU (Lomustine) tiene la ventaja sobre el BCNU (comu
s) (comustine) en que éste puede ser administrado por la via oral
a dosis que no parecen asociarse a toxicidad pulmonar ,
esto es muy importante cuando dicha droga es usada en com
binación con la bleomicina.

La Bleomicina cuando se usa produce un promedio de respuesta más bajo , pero parece que esta permite que otras drogas citotóxicas tengan mejores efectos sobre los tumores mediante la habilidad , la habilidad para sincronizar las células melánicas humanas en vivo.

Usando estas 3 drogas (CCNU,BCNU,DTIC) junto con la Vincristina , SEIGLER Y Colaboradores demostraron un promedio de respuesta de un 40 % más la estabilización de la enfermedad en un 17 % adicional en una serie de 72 pacientes.

Este grupo de pacientes tuvo un aumento significativo en el tiempo de supervivencia, cuando fué comparado con los de enfermedad progresiva .

Un estudio reciente realizado por el grupo Melanoma Scottish reveló una respuesta objetiva en promedio de 20 % con el uso de Vindesina intravenosa,(3 mg/m² cada semana por 6 semanas) para pacientes con estadios III y IV de la enfermedad.

La Vindecina es un alcaloide vinca semisintético derivado de la Vinplastina. Este resultado nos permite modificar el protocolo de Seigler y Colaboradores que consiste en sustituir la Vindecina por vincristina.

En pacientes con Melanoma, el agente inmunoterapéutico Levamisole, mejoró la inmunidad antitumoral celular y humoral, dando resultados prometedores, utilizando Levamisole en pacientes con cáncer de pulmón y tórax.

También hay algunos datos limitantes, en modelos de animales que sugieren que el levamisole puede ser efectivo en combinación de quimioterapia para la enfermedad ampliamente diseminada.

En un estudio en donde 104 pacientes con Melanoma se les dió tratamiento con quimioterapia más levamisole se pbservó que las mujeres respondieron mejor que los hombres, aquellos con mejor estado de condición respondieron más favorablemente que aquellos que no la tenían, aquellos pacientes cuyo sitio primario del Melanoma fué la extremidad los resultados fueron mejores que aquellos en los cuales el Melanoma se originó en la cabeza, cuello, o tronco, y pacientes con un conteo linfocítico mayor que aquellos con Linfopenia.

En años pasados, el Melanoma Maligno humano a sido tratado en estricta base de Investigación con inyecciones BCG (Bacilo Calmette Guerin), una inflamación local marcada que se

resuelve después de varias semanas , es la reacción común.

Frecuentemente el *Mycobacterium* puede ser cultivado de lesiones locales persistentes . Mientras la Terapia con BCG han resultado ser muy satisfactoria, en pacientes refractarios a otro tipo de tratamiento. Su aplicación es mejor limitada a aquellos pacientes con lesiones Intradérmicas Metastásicas recurrentes. Su uso sobre todo está confinado en los centros de investigación.

Existen reportes de aceleración del crecimiento del Melanoma Humano, coincidiendo con la Terapia de B.C.G. , se cree que tal crecimiento acelerado, resulta de la generación de factores bloqueadores que debilitan la respuesta del huésped contra el tumor.

La inmunoterapia con BCG es más efectiva cuando se usa después del número de células tumorales, con medios tales como: Cirugía, Quimioterapia y / o Rayos X.

La Criocirugía se ha desarrollado como un método para destruir tejidos mediante congelación. En años recientes, esto ha sido de gran valor clínico y se ha usado en muchas especia

lidades médicas, es bien conocido que la Criocirugía induce a la producción de anticuerpos autoinmunes específicos.

ENAMOTO, MASOYO HAMADA han utilizado la criocirugía y la inyección de OK432 (Un preparado estreptocócico hemolítico) en el tratamiento del Melanoma Maligno gigantes localizado en el paladar duro y proceso alveolar con una consecuente desaparición del tumor por completo; para establecer la terapia Inmunológica los siguientes factores fueron estudiados por estos autores:

1. La presencia de anticuerpos antimelanoma mediante el método de anticuerpos fluorescentes o prueba de complemento - dependencia citotóxica.
2. Reacción de Linfocitos periféricos con células melanómicas.
3. Citotoxicidad de linfocitos periféricos para células melanómicas y cambios en los factores Inhibitorios humorales.

El Tratamiento Regular para los melanomas del ojo ha sido la enucleación , aunque los pacientes tratados solo con radioterapia Cobalto 60 tienen un potencial de sobrevivida similar a los tratados con enucleación.

Es un acuerdo general de que la Cirugía es el tratamiento de elección para el Melanoma maligno oral , esto se basa en las experiencias con el melanoma maligno cutaneo pero no se ha probado en estudios prospectivos de lesiones orales ; muchos autores se inclinan por una amplia excisión local de las lesiones con o sin disección de nodulos linfáticos ; las restricciones anatómicas en la boca hacen con frecuencia difícil este procedimiento , la electrodissección puede ser de utilidad para tratar las lesiones palatinas en donde la excision primaria y la cicatrización es casi imposible , es de acuerdo general de que los melanomas no son radiosensibles , sin embargo en pacientes raros con Melanoma orales se han reportado buenos resultados con rayos X.

Muchas "buenas respuestas" , consisten en una disminución temporal del tamaño del tumor sin una cura posterior estudios controlados de quimioterapia e inmunoterapia no están disponibles para Melanoma oral.

En los Melanomas del pene, teóricamente , la penectomia parcial con márgenes quirúrgicos adecuados, puede ser curativa para pacientes en Estadio I de la enfermedad.

Sin embargo Bracken y Diokno reportaron que solo 4 de 11 pacientes son Estadio I de la enfermedad se curaron después de practicarsele una penectomía parcial o radical con o sin Disección Linfática Inguinal , la penectomía o la excisión local por si mismos, solo constituyen un tratamiento paliativo en pacientes con estadio II de la enfermedad.

El Estadio III conlleva a un pronóstico extremadamente pobre . La Penectomía parcial o total está indicada en pacientes que necesitan control de las complicaciones o de la enfermedad local, incluyendo sangrado, infección y obstrucción urinaria.

Los agentes quimioterapéuticos han sido usados variando el grado de respuesta Johnson y Ayala reportaron una supervivencia de 12.5 años en pacientes tratados con perfusión pélvica de mostaza fenilalanina y mostaza Nitrogenada. En el caso del Melanoma del canal anal COOPER revisó un gran número de casos reportados en la Literatura y encontró que no hubo diferencias en la supervivencia de los pacientes tratados con excisión local y aquellos tratados con excisión abdominoperineal. 3,5,9,11,14,17,19,22,26.

EVOLUCION CLINICA.

Lunares pigmentados aparecen precocemente durante la vida y se alargan para alcanzar un pico en hombres en el extremo de la segunda decada de la vida y en mujeres en el extremo de la tercera decada.

Clinicamente por arriba de dos tercios de los Melanomas malignos que aparecen se elevan desde lunares a manchas preexistentes . Muchos años pueden transcurrir antes , explosiva o insidiosamente, que el nevo benigno se convierta en maligno , en varios casos hay una clara historia de trauma o irritación crónica.

La evolución clínica del Melanoma ⁴¹aligno sin tratarlo , es fatal en un plazo de unos meses a poco más de un año, tras un periodo de generalización por via linfatica y sanguinea tras un periodo de generalización por via linfatica y sanguinea, con metastasis ganglionares cutaneas, cerebrales , hepaticas , renales, pulmonares y oseas.

Es preciso insistir en que ningún tumor presenta una evolución tan impredecible como el Melanoma Maligno.



Pero no cabe duda de que el futuro depende en muchos casos del momento en que se establece un diagnostico correcto y se pone una terapeutica adecuada, es decir desde el tiempo perdido por negligencia del paciente o por las dudas del Médico. 1.

PRONOSTICO Y SOBREVIDA

Desde CLARK que fué el primero que describió el sistema para los estadios Microscopicos del Melanoma Maligno basado sobre la profundidad de la invasión del tumor primario, numerosos estudios se han realizado correlacionando la profundidad de la Invasión del tumor con el Pronostico,

En un estudio llevado a cabo por la Universidad de Alabama (E.E.U.U.) y en la Universidad de Sidney (Australia), en el año de 1984, en donde 534 pacientes con Melanoma Maligno en Estadio I, localizado en la cabeza y el cuello, se utilizaron Analisis simple y multifactoriales para evaluar el pronostico, encontrandose que; El Melanoma Lentigo Maligno fué el más frecuente. Las variables dominantes del pronostico fueron el grosor del tumor, sub sitio anatomico y ulceración para los Melanomas de extensión superficial y lentigo maligno, mientras que en el Melanoma lentigo maligno, el espesor no fué un predictor significativo de sobrevivida y la variable pronostico predominante fué la ulceración.

Los promedios de recurrencia fueron bajos, los pacientes con Melanoma nodular y de extensión superficial localizados en la cabeza y el cuello tuvieron un promedio de sobrevida más bajo que aquellos con Melanomas en las extremidades, después de un seguimiento de 5 años aquellos pacientes que se sometieron a una dissección electiva de los nódulos linfáticos y con lesiones con un grosor de 1.5 mm a 3.99 mm ; tuvieron mejor sobrevida, que los pacientes con Melanomas de igual grosor en quienes el tratamiento inicial fué solamente una amplia excisión.

El Melanoma Lentigo Maligno tiene un comportamiento biológico menos agresivo comparado con el nodular y el de extensión superficial, por lo que su tratamiento fué más conservador observando una sobrevida a 10 años de un 85% , solo con amplia excisión , sin observarse una significante mejoría al practicar dissección electiva de nodulos linfáticos.

Cuando se decide tratar un Melanoma de la cabeza y el cuello y evaluar los factores de riesgo, se debe considerar los patrones de crecimiento, espesor del tumor, ulceración y subsitio anatómico de tal enfermedad.

La sobrevida fué directamente proporcional al espesor del tumor primario , aunque el pronóstico fué mejor en cada catego

ria de grosor para el Melanoma Lentigo Maligno comparado con el nodular y de extensión superficial, la presencia de ulceración fué asociado por igual a un pobre pronostico para todos los tipos de crecimiento.

En un estudio de 156 pacientes hecho por Roses y Colaboradores, el pronostico para el melanoma maligno estadio II, fué valorado de acuerdo a 3 factores:

El Estado Clínico del nódulo linfático, el espesor de la lesión primaria y el nivel de invasión. La sobrevivencia de los pacientes con Melanoma Maligno Estadio II (clínica positiva y nodular histologicamente positivos) para 5 y 10 años fué de 21 y 12% respectivamente.

Numerosos estudios han reportado un mal pronostico para pacientes quienes tienen Invasión del tejido Sub cutáneo, (Nivel V de Clark), cuando hay Metastasis a distancia llevan a la muerte al paciente en un corto periodo de tiempo.

Muchos autores han encontrado que la medición de la profundidad de la invasión, como la hecha por Breslow, tiene una más significante determinante del pronostico que los niveles

de Clark.

Muchos Reportes han encontrado un mejor pronóstico de los Melanomas de las extremidades en general que los que se localizan en el tronco, cabeza y cuello.

En un estudio de 800 pacientes tratados quirúrgicamente MC NEEB reportó los siguientes resultados:

- a) Estadio I (Melanoma limitado al sitio primario) 70% de los pacientes sobrevivieron 5 años y el 60 % de pacientes tuvieron una sobrevida de 10 años.
- b) ESTADIO II (Melanoma en sitio primario involucrando los linfáticos regionales) 19 % , 5 años de sobrevida, 11% 10 años.
- c) ESTADIO III. (Metastasis a Distancia) no encontró sobrevida a 5 años.

El pronóstico del Melanoma Oral es sumamente pobre .En las series de Chaudhry y Colaboradores , el promedio de vida después de hecho el diagnóstico fué de solo 18 meses, muchas razones se han propuesto para explicar tan pobre pronóstico.

Las consideraciones Anatomicas hacen dificil realizar una cirugia radical en la boca y muchas lesiones son detectadas hasta que son muy grandes.

Tambien los melanomas orales son asintomaticos frecuentemente y pueden estar insospechados por mucho tiempo.

Ayala y Colaboradores reportaron una sobrevida de 12.5 años en un paciente con Melanoma Maligno del pene, tratado con perfusion pélvica de Mostaza Fenilalanina y mostaza nitrogenada . Sin embargo es posible que este paciente tuviera Estado I y haber sido tratado adecuadamente por una excision local, inicialmente.

Gogasení y Nitiyant , reportaron sobre un paciente con participación de nodulos Iliacos , inguinales y obturador que fue tratado con amputación del Pene y Melfalan intravenosos post-operatoriamente quien vivió sin evidencia de neoplasia metastasica , 2 años después de la quimioterapia y así como estos se reportan muchos otros casos aislados, los cuales son alentadores pero se necesitan más datos para establecer el beneficio de la quimioterapia .

En general la edad y el sexo no afectan el pronostico de los pacientes con Melanoma Maligno.

En varias series se confirma la naturaleza letal del melanoma ano rectal independientemente del tratamiento así, que basandose en ello, la cirugia mutilatoria no se justifica.

4,5,14,19,21,24.

VI. DEFINICION DE VARIABLES,

A. VARIABLE DEPENDIENTE : Melanoma MALIGNO.

B. VARIABLES INDEPENDIENTES:

1. Edad: Es el periodo de tiempo (en años o meses) de transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento del diagnostico.

Este dato será de utilidad para conocer que grupos de edad es el más afectado por la enfermedad . Dichos grupos de edad serán de 0-10 años de 11-20 , 21 a 30, 31-40, 41-50, 51-60,61-70,de 71 y más.

2. Sexo : es la condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

Su funcionalidad circunscribe que sexo es el más afectado o que se expone más al riesgo y se tomará como masculino o femenino.

3. Procedencia: Punto de salida cuando se llega al término de una jornada.

Este dato se tomará por encuesta a todos los expedientes titulados con Diagnostico de Melanoma Maligno se tomará como rural o Urbana.

4. Ocupación. Se entiende como el trabajo que desarrolla la persona en forma cotidiana.

Este Dato servirá para relacionar etiogenicamente el paciente con su enfermedad , será tomada mediante encuesta.

5. Raza: Casta o calidad de linaje cuyas características dife^{re}nciales se perpetuan por herencia.

Este dato servirá para conocer en que raza; blanca, negra, o mestiza , es más frecuente el Melanoma Maligno, el dato se tomará encuesta.

6. Signos: Son todas aquellas manifestaciones de una enfermedad donde el médico o examinador es capaz de detectar.

Servirá para clasificar cuales son los más frecuentes de que se acompaña el Melanoma Maligno.

7. Sintomas: Son todos aquellos trastornos o molestias que el paciente experimenta y el médico suele no percibir o le es difícil comprobar y a cuyo conocimiento llega sobre

todo por medio del interrogatorio.

Los síntomas serán investigados por medio de una encuesta diseñada para tal fin , en todos los expedientes con diagnóstico de Melanoma Maligno. Servirá para conocer cuales de estos se asocian con mayor frecuencia a la enfermedad.

8. Tratamiento Recibido: Tipo de medicamenteo o procedimiento aplicado a todos los pacientes con diagnóstico de Melanoma Maligno.

Servirá para evaluar los esquemas de tratamiento utilizado en tales casos en los Hospitales Escuela y San Felipe.

9. Complicaciones: Son todas aquellas formas patológicas que se representan como consecuencia de la enfermedad.

Su valor funcional se relaciona con el pronóstico y sobrevivencia del paciente.

10. Evolución: Desarrollo por medio del cual se pasa de un estadio a otro .

Se determinará para conocer si ésta es mala, satisfactoria o buena.

Todas las variables son tomadas mediante encuesta diseñada para tal fin , la cual se aplicará a los expedientes que con el Diagnostico de Melanoma Maligno se encuentren en los Hospitales Escuela y San Felipe.

VII. HIPOTESIS.

1. Los Melanomas Malignos son más frecuentes a nivel de Piel.
2. Los pacientes que generalmente padecen de Melanoma maligno son los mayores de 40 años.
3. Los Melanomas Malignos son más frecuentes en el sexo Femenino , aunque no hay gran diferencia con el Masculino.
4. Los Melanomas Malignos son más frecuentes en las personas de piel clara ,que las de piel oscura.
5. Los Melanomas Malignos que tienen un espesor mayor de 2 mm son los de peor pronóstico.
6. El Tratamiento de elección del Melanoma Maligno es Quirurgico.

VIII. MATERIAL Y METODOS.

Diseño Metodológico.

A. Población en Estudio.

La población estudiada en el presente trabajo es la población atendida en los Hospitales Escuela y San Felipe. En el periodo comprendido de 1975 a 1985 a la cual se le dió este diagnostico.

B. Muestra de Estudio.

En este Trabajo se tomó el total de pacientes desde Enero de 1975 a Diciembre de 1985, que se les diagnosticó Melanoma Maligno en los Hospitales San Felipe y Escuela, esperamos encontrar una muestra representativa y poder cumplir con los objetivos que nos hemos trazado.

C. Clase de Investigación.

El estudio que realizamos es un estudio retrospectivo con el seguimiento adecuado que amerita el caso, con la descripción detallada de la revisión bibliografica que efectuamos. Cuando hablamos de retrospectivo es el sentido estricto, nos referimos a los casos.



- D. Fuente de Investigación.
La información que tomamos de los Archivos de los hospitales San Felipe y Escuela.
- E. Criterios de Selección del Grupo a Estudiar.
En el presente trabajo, estudiamos a todos los pacientes, a los cuales se les haya diagnosticado Melanoma maligno, en el periodo comprendido 1975-1985, independientemente que haya sido o no tratado en los hospitales Escuela y San Felipe.
- F. Duración del Estudio.
El tiempo calculado para efectuar nuestro estudio comprenderá aproximadamente 6 meses, iniciándose en el Mes de Junio de 1986.
- G. Diseño de Formulario.
El instrumento de trabajo que hemos diseñado para obtener la información de los archivos de estadística es sencillo, pero con él se obtuvo la información deseada. El Objeto de aplicarlo es lógicamente para tener un ordenamiento adecuado según los objetivos que persigue nuestro trabajo.

8. Dificultades previas.

Las dificultades que podemos tener en este trabajo son sobre todo atribuibles al desorden en que se manejan los expedientes y la desaparición o extravíos de algunos de ellos, en los archivos de Estadística , lo cual puede incidir en nuestro tratamiento al no encontrar esa información , pero pensamos que trabajando ordenadamente y con alto grado científico, lograremos encausar nuestro trabajo por los lineamientos , ya planteados por lo demás creemos no tener inconvenientes.

I. Organización de la Investigación.

Desde el punto de vista administrativo podemos delinear nuestro trabajo así:

1. Planeación.

Este trabajo se ha planeado realizarlo desde que hicimos nuestro Internado Rotatorio, época en la cual estuvimos en contacto directo con muchos pacientes portadores de Melanoma Maligno.

2. Dirección y Cordinación.

La dirección y Cordinación de este trabajo compete al asesor.

3. Ejecución del Trabajo.

La ejecución de este trabajo la iniciamos desde el momento en que nos fué aprobado el tema por la comisión de tesis por lo que desde el Mes de Mayo estamos trabajando.

4. Evaluación y Supervisión.

Los Trabajos desarrollados por el interesado son evaluados y supervisados periodicamente por el asesor de Tesis , con el objeto de lograr un ordenamiento satisfactorio.

5. Aspectos Económicos.

El Financiamiento del presente trabajo es aportado exclusivamente por el interesado.

6. Aspectos Funcionales y Recursos.

En este sentido Los Hospitales San Felipe y Escuela y específicamente los Archivos del Departamento de Estadística , el Departamento de Oncología, en cuanto a los recursos necesitamos : Secretarias, Traductores de artículos , organizar el trabajo teórico, aplicar los instrumentos de Trabajo en los Archivos del Hospital Escuela y por supuesto realizar el trabajo Final.

VII RESULTADOS.

CUADRO No. 1.

DISTRIBUCION DE MELANOMAS SEGUN AÑO DE INGRESO.
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE-ESCUELA 1975-1985.

AÑO.	No.de Paciente.		Total.	
	H.E.	HGSF	No.	%
1975	-	-	-	-
1976	-	2	2	8.3
1977	-	1	1	4.2
1978	-	3	3	12.4
1979	2	-	2	8.3
1980	1	-	1	4.2
1981	-	-	-	-
1982	4	-	4	16.7
1983	6	-	6	25.0
1984	4	-	4	16.7
1985	1	-	1	4.2
TOTAL	18	6	24	100

Como se observa en el cuadro anterior, el número de pacientes con Melanoma Maligno que consultaron los Hospitales General San Felipe - Escuela en el Periodo comprendido del estudio es variable , de uno a seis pacientes por año.

El número de casos , en los años 1975 y 1981 es de cero.

En general se puede decir de que la frecuencia del Melanoma Maligno es baja, con un promedio de 2 casos por año con mayor asistencia en el Hospital Escuela, siendo su pico en 1983 con un 25 %.

CUADRO No. 2.
DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN PROCEDENCIA POR DEPARTAMENTOS.

DEPARTAMENTO.	No. Casos.	%
El Paraiso.	3	12.50
Yoro	1	4.20
Comayagua.	-	-
Choluteca.	2	8.32
Francisco Morazán.	5	20.8
Olancho	1	4.20
Cortés.	2	8.32
Santa Barbara.	2	8.32
La Paz:	2	8.32
Atlantida.	3	12.50
Valle.	2	8.32
Intibuca.	-	-
Ocotepeque.	-	-
Lempira	-	-
Copán .	-	-
Islas de la Bahía.	-	-
Gracias a Dios.	1	4.20
Colón.	-	-
TOTAL	24	100 %

En este cuadro (No. 2) se observa que el mayor número de pa
cientes atendidos proceden del Departamento de Francisco Mo
razán , probablemente como consecuencia de su Densidad poblal
cional, a la relativa cercanía así como a la mayor existencia
de vias de acceso a los Hospitales .Los Pacientes restantes
se ven distribuidos casi en una forma equitativa en los
otros Departamentos que reportaron tal Patología.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN PROCEDENCIA.

Procedencia.	No.de Casos.	%
RURAL.	18	75
URBANA.	6	25
TOTAL.	24	100

En relación a la procedencia de los pacientes estudiados, vemos
claramente que la mayoría de ellos proviene del area rural ,
(75 %).

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN OCUPACION.

OCUPACION	No. de Casos.	%
Labrador	10	41.7
Obrero	4	16.7
Oficios Domesticos	8	33.4
Profesional.	-	-
Estudiante	1	4.1
Otros. *	1	4.1
TOTAL.	24	100

El cuadro No. 4 Muestra que la mayoría de pacientes con Melanoma Maligno tienen como ocupación Labrador(41.7 %) , lo que está en relación con la procedencia de los mismos , esto nos indica que tales pacientes son los que se exponen más al riesgo. También se observa un número significativo de casos con ocupación oficios Domesticos en los cuales el predominio fué de Panadizo Melanótico.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD.	No. de Pacientes.	%
21 - 30	1	4.2
31- 40	3	12.5
41 - 50	2	8.3
51 - 60	6	25.0
61 - 70	3	12.5
71 y más	9	37.5
TOTAL	24	100

Aquí observamos que tenemos casos de Melanoma Maligno a nivel de toda la población adulta, pero en general observamos un predominio en el grupo de edad de los mayores de 71 años, (37.5 %).

CUADRO No. 6.

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN SEXO.

SEXO.	No. de Pacientes.	%
Masculino.	14	58.3
Femenino.	10	41.7
TOTAL	24	100

En el cuadro anterior podemos observar que el sexo masculino predominó sobre el sexo Femenino , aunque en una forma no muy significativa.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON TUMORES MELANOMICOS SEGUN RAZA.

RAZA.	No. de Casos.	%
Mestiza.	24	100
Blanca.	-	-
Negra	-	-
Otros	-	-
TOTAL	24	100

En este cuadro se observa que la raza más afectada es la mestiza , en contra posición a la hipótesis establecida que definió que la población de raza blanca era la más afectada, es de hacer notar en nuestro medio dicha raza no está bien definido, y solo se establece la mestiza y la negra como bien definidas.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN ANTECEDENTES
RELACIONADOS A LA ENFERMEDAD.

ANTECEDENTES.	No. de Casos.	%
No consignado.	8	33.4
Presencia de Máculas hiperpigmentadas.	5	20.8
Presencia de masa.	3	12.5
Presencia de Nevos.	3	12.5
Presencia de callos y/o verrugas.	2	8.3
Trauma	2	8.3
Embarazo	1	4.2
TOTAL.	24	100

En este cuadro se hace la relación del Melanoma Maligno con algunos factores predisponentes y / o desencadenantes del mismo, y vemos que el que más se relaciona, aparte de los no consignados que es la mayoría, es la presencia de maculas hiperpigmentadas. (20.8 %).

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN ANTECEDENTES FAMILIARES DE TAL PATOLOGIA.

ANTECEDENTES.	No. de Casos.	%
si	1	4.2
no	21	87.5
no consignados.	2	8.3
TOTAL.	24	100

La información de este cuadro nos indica que el 87.5 % de los pacientes estudiados no tenían predisposición familiar al Melanoma Maligno y solamente un 4.2 % si lo tenían lo que está de acuerdo con la Literatura existente, la cual refiere tal predisposición en una forma muy casual.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN REGION ANATOMICA.

LOCALIZACION	No. de casos	%
Cabeza	3	12.5
Tronco	4	16.6
Extremidades Superiores	3	12.5
Extremidades Inferiores.	14	58.4
TOTAL.	24	100

Este cuadro nos muestra que la región anatomica en la cual aparecen con mayor frecuencia, los melanomas malignos son las extremidades inferiores (58.4%) Distribuyendose en una forma ca

si equitativa en : Cabeza, tronco, y extremidades superiores.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA EN PIEL.

LOCALIZACION EN PIEL	No. de CASOS.	%
Cuero Cabelludo.	1	4.2
Cara	1	4.2
Cuello	1	4.2
"		
Tronco.	4	16.6
Dedos de manos.	3	12.5
Dedos del pie.	3	12.5
Talon	6	25.0
Planta del pie.	5	20.8
TOTAL	24	100

Aqui podemos apreciar que la mayoria de casos (58.3 %) se localizaron en el pie.

Este nos confirma la información del cuadro Numero 10 de que la región anatómica , en la cual aparece con mayor frecuencia el melanoma maligno son las extremidades inferiores, teniendo una distribución en esta así :

Talon 25%, planta 28.8 y dedos del pie 12.5%.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN ORGANO AFECTADO.

ORGANO	No. de Casos.	Porcentaje.
Piel	22	91.7
Ojos.	-	-
Nariz.	-	-
Boca	-	-
Vulva	2	8.3
Pene	-	-
TOTAL.	24	100 %

Se encontró que en un 91.7 % de los casos estudiados el organo más afectado fué la piel.

Tal y como lo describe la Literatura, el organo más afectado por el melanoma maligno es la piel, y en menor grado en otros sitios como ojos, nariz, boca, pene, vulva; que en este caso no fueron afectados, exepctuando la vulva donde se reportaron 2 casos.

CUADRO No. 13

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL SINTOMA INICIAL Y LA PRIMERA
VISTA MEDICA.

TIEMPO EN MESES.	No.de Pacientes.	%
Menor de Un Mes.	-	-
1 - 4	5	20.8
5 - 8	5	20.8
9 - 12	4	16.6
13 o más.	10	41.8
TOTAL	24	100

Los resultados nos indican que unicamente un 20.8% de los pacientes consultaron por primera vez al médico dentro de los cuatro meses posteriores a la aparición del primer sin toma .

Cabe destacar que no hubo un tan solo paciente que se presen tara antes del mes, después de iniciada la enfermedad.

La gran mayoría de pacientes acudieron a consulta después de trece meses de evolución.

CUADRO No. 14.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN EL SINTOMA PRINCIPAL AL MOMENTO DE INGRESO.

SINTOMA PRINCIPAL.	No. de casos.	%
Presencia de Masa.	8	33.3
Lesiones Pruriginosas	7	29.2
Presencia de Ulceras.	5	20.8
Traumatismo.	3	12.5
Callosidades.	1	4.2

El sintoma principal referido por un tercio de los pacientes a su ingreso al Hospital fué "Presencia de Masa" (33.3 %). Le sigue en frecuencia "Lesiones pruriginosas " con un 29.2% En Tercer lugar están los que refirieron "Presencia de ulce ras " con 20.8 % . Finalmente , de los cuatro casos restantes tres refirieron "Traumatismo y uno "callosidad".

CUADRO No. 15

DISTRIBUCION DE TUMORES MELANOMICOS SEGUN SIGNOS Y SINTOMAS
ACOMPAÑANTES.

SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE.	Casos Positivos.	Porcentaje.
Dolor	20	30.8
Sangrado	18	27.7
Hiperpigmentación de la piel.	12	18.5
Secreción Purulenta.	8	12.3
Tumefacción.	3	4.7
Fetidez.	2	3.0
Calor, Hiperemia.	2	3.0
TOTAL	65	100 %

Los Sintomas más importantes son la presencia de dolor local_ido que representa un 30.8 % seguido de sangrado, el cual fué escaso en todos los casos.

En tercer lugar está la hiperpigmentación de la piel, seguido de secreción purulenta.

Después en orden decreciente encontramos : Tumefacción ,fetidez, calor e Hiperemia.

CUADRO No. 16.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN SITIO DE METASTASIS *.

METASTASIS A:	Casos Positivos.	Porcentaje.
Ganglios Inguinales.	12	50
Ganglios axilares.	3	12.5
Pulmones.	2	8.5
Peritoneo.	1	4.2

* Diagnosticados por Clínica o Rx.

En 10 de los 24 casos no hubo metastasis.

El presente cuadro muestra los casos positivos de metastasis presentadas por el 58% o sean 14 casos del total de los pacientes.

No hubo hallazgos de las mismas en 10 casos o sea el 42%.

Los sitios más afectados fueron:

Ganglios Inguinales con un 50 % o sea la mitad de los casos, se guido por los ganglios axilares, en orden de frecuencia le siguen los Pulmones y peritoneo.

CUADRO No. 17

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS.

EXAMEN.	REALIZADOS.	PORCENTAJE.
Rx Torax.	24	100 %
Biopsia.	23	95.83
Melanuria.	1	4.16
Serie Metastasica.	1	4.16
Ultra Sonografia.	-	-
Radioisotopos.	-	-
TAC *	-	-

* Tomografia Axial Computarizada.

La radiografia de torax se practicó en forma rutinaria al 100 % de los pacientes, pero solo en 2 de los 24 casos los rayos X evidenciaron metastasis a pulmones.

En 23 pacientes o sea el 95.8 % el diagnostico fué hecho a travez de la biopsia, un caso no fué estudiado completamente debido a su mal estado general y los familiares exigieron el alta.

La prueba de la Melanuria resultó positiva en un tan solo caso en que fué aplicada, el cual tenía múltiples metastasis, la serie metastasica fué aplicada al mismo caso. Las pruebas restantes no se realizaron en ningún caso.

CUADRO No. 18.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN EL TIPO HISTOLOGICO DE TUMOR.

TIPO HISTOLOGICO.	No. de Casos.	%
Melanoma Nodular.	6	25
De Extensión Superficial.	6	25
Panadizo Melanótico.	5	20.8
Lentigo Maligno.		
No consignados.	7	29.2
TOTAL.	24	100%

En los 17 casos o sea el 70.8 % en que se reportó el tipo Histológico hubo una distribución semejante entre el Melanoma nodular, Melanoma de extensión superficial y el panadizo melanótico.

En 7 de los 24 casos no fué consignado el tipo Histológico del tumor.

CUADRO No. 19.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LOS NIVELES ANATOMOPATOLOGICOS
DE CLARK.

NIVELES.	No. de casos.	%
I	-	-
II	6	25
III	4	16.7
IV	9	37.5
V	5	20.8
TOTAL	24	100

Como podemos observar en el cuadro anterior ninguno de los casos se presentó en un Estadio en que la infiltración fue solo de la epidermis (CA Insitu) sino que la infiltración abarcaba además de la epidermis, la Dermis y el tejido subcutáneo.

Fue invadida la Dermis Papilar en 6 casos, la interfase entre la Dermis papilar y la reticular estuvo invadida en 4 casos el sitio que mayor invasión tuvo fue la Dermis reticular con 9 casos y las estructuras subcutaneas estaban tomadas en cinco casos.

CUADRO No. 20

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN EL TRATAMIENTO UTILIZADO.

TRATAMIENTO	No. de Casos.	%
Cirugia.	22	91.6
Cirugia + Quimioterapia.	9	37.5
Quimioterapia.	1	4.2
Cirugia + Quimioterapia + Radioterapia.	1	4.2
Médico.	1	4.2
Radioterapia.	-	-
Inmunoterapia.	-	-

El tratamiento más utilizado fué la Cirugia ya sea en forma aislada o combinada con otros tipos de tratamiento (91.6%). Un poco más de un tercio de los pacientes además de la Cirugia recibieron quimioterapia.

La Radioterapia sola no fué aplicada , un caso recibió triple terapia consistente en Cirugia + Quimioterapia + radioterapia.

La Inmunoterapia fué propuesta como tratamiento coadyuvante en varios casos, pero en ninguno fué aplicada por no haber en los referidos Hospitales.



CUADRO No. 21.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN TIPOS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO.

TRATAMIENTO	No. de Casos.	%
Excisión del Tumor Primario.	13	54.2
Excisión Más Linfadenectomia Regional.	6	25.0
Amputación dedos.	5	20.8
TOTAL.	24	100

El tipo de tratamiento Quirurgico más utilizado fué la Tumorectomia la cual se aplicó en 23 casos de los 24 casos, en forma aislada en 13 casos que constituye el 74.8 % y Tumorectomia más vaciamiento de ganglios linfaticos en el 25% de los casos.

CUADRO No. 22.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LA PERMANENCIA DE LOS PACIENTES
EN LOS HOSPITALES DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO.

TIEMPO EN DIAS.	No. De Casos.	Porcentaje.
1 - 5	1	4.16
6 - 10	4	16.66
11 - 15	2	8.34
16 - 20	-	-
21 - 25	1	4.17
26 - 30	1	4.17
31 o más	15	62.5
TOTAL.	24	100 %

En el cuadro anterior se puede ver que 16 pacientes o sea $\frac{2}{3}$ del total permanecieron hospitalizados por un periodo mayor o igual al mes, por lo que en el paciente oncológico, los gastos hospitalarios son altos debido a su larga permanencia Intra - Hospitalaria.

CUADRO No. 23

ESTUDIO DE CASOS DE MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA
Y GENERAL SAN FELIPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE
1975 - 1985.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN CONDICION DE EGRESO.

CONDICION DE EGRESO.	No. de Pacientes.	%
Sin signos de enfermedad.	14	58.4
Igual Condición.	5	20.8
Con enfermedad Progresiva.	5	20.8
Muerte.	-	-
TOTAL	24	100

En un 58.4 % de los casos, los pacientes egresaron en mejores condiciones que a su ingreso .

Un 20.8% egresó en iguales condiciones a la de su ingreso, y en otro porcentaje igual los pacientes egresaron con signos de enfermedad progresiva , no se reportaron muertes Intra-hospitalarias , aunque hubo 2 altas exigidas por el mal estado de los pacientes.

CUADRO No. 24- A.

EVOLUCION DE LOS PACIENTES CON MELANOMA MALIGNO SEGUN CONTROLES
EN CONSULTA EXTERNA.

EVOLUCION	No. de Pacientes.	Porcentaje.
En Control.	16	66.66
No se Presentaron.	8	33.34
TOTAL.	24	100 %

CUADRO No. 24 B.

EVOLUCION DE LOS PACIENTES CON MELANOMA MALIGNO SEGUN CONTROLES
EN CONSULTA EXTERNA.

EVOLUCION	No. de Pacientes.	Porcentaje.
Satisfactoria.	9	56,25
Igual Condición.	2	12.50
Peor	5	31.25
Defunción.	-	-

Los tercios de los pacientes acudieron a sus citas para su control en consulta externa y el tercio restante no se presentó. De los 2/3 en control un 56.25 % tuvo una evolución satisfactoria, 2 pacientes o sea el 12.5% continuaron en igual condición y el resto o sea el 31.25 % empeoró. De los pacientes que no se presentaron se supone que murieron ya que eran pacientes en mal

estado o sus familiares exigieron el alta.

X . CONCLUSIONES .

. CONCLUSIONES.

- 1.- El número total de Melanomas Malignos diagnosticados en los Hospitales General San Felipe - Escuela entre 1975-1985 fué de 30.
- 2.- El 75 % de los pacientes provenian del Area rural.
- 3.- La gran mayoria de pacientes eran obreros y campesinos, solo se reportó un caso de un estudiante, a nivel profesional , no se reportó ningún caso.
- 4.- El sexo más afectado fué el Masculino, aunque con un rango no tan grande con respecto al femenino.
- 5.- Practicamente el tumor se presentó en todas las edades exep tuando la Infancia, los pacientes mayores de 60 años fueron los más afectados con aproximadamente un 50 %.
- 6.- El 100 % de los casos pertenecian a la raza mestiza.
- 7.- Un poco más de la mitad de los pacientes tenian antecedentes de factores de riesgo relacionados con la enfermedad tales como nevos, callos, máculas hiperpigmentadas.
- 8.- El factor genético no jugó un papel tan importante, ya que solamente un paciente tenía el antecedente familiar de Cancer.

- 9.- La región anatómica más afectada fueron las extremidades Inferiores específicamente los pies.
- 10.-El total de casos se encontraron afectando la piel,siendo nula su localización en ojos, nariz, boca, vagina,pene.
- 11.-El sintoma principal más referido por el paciente fué:
" Presencia de masa" seguido muy de cerca por"lesiones pruriginosas".
- 12.-El tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y la primera consulta médica fué igual o mayor a los se is meses por lo que la mayoría de los pacientes llegaron al Hospital en estados avanzados.
- 13.-Las Metastasis fueron dadas por via linfatica a ganglios inguinales y axilares y por via hematogena a pulmones. Siendo los ganglios Inguinales el sitio que más metastasis presentó.
- 14.-La radiografia de torax fué practicada en forma rutinaria al total de los pacientes.
La Biopsia se les practicó al 95.83% de los casos y solamente a un paciente no se le practicó por su mal estado general y los familiares exigieron el alta.

- 15.- Los tipos Histologicos Melanoma nodular, melanoma de extensión superficial y panadizo melanotico tuvieron una distribución casi equitativa.
- 16.- Ningún caso llegó al Hospital en Estadío de CA Insitu sino que llegaron en estadíos más avanzados.
- 17.- El Tratamiento de elección fué la Tumerectomia, los tratamientos combinados de cirugia más quimioterapia se aplicaron a aquellos casos con metastasis.
- 18.- De los pacientes que pudieron seguirse en controles posteriores 16 en total, solo 9 tuvieron una evolución satisfactaria y el resto o sean 7 , tuvieron mala evolución.
- 19.- Debido a la larga permanencia Intrahospitalaria de los pacientes , el Estado invierte grandes sumas de dinero en su manejo.

RECOMENDACIONES

GENERALES.

- 1.- Siendo el cancer una de las enfermedades más mortales que existen se debería crear en nuestro país un organismo destinados al estudio de esta patología.
- 2.- Informar y educar a la población en general a travez de programas de salud , sobre importancia de acudir al médico a la menor sospecha de Melanoma "maligno.
- 3.- Concientizar al médico General sobre la importancia del conocimiento básico que debe tener acerca del Melanoma maligno, para que de ésta forma esté en capacidad de remitir al paciente a un centro especializado de atención.
- 4.- Elevar el nivel de escolaridad y cultural, sobre todo de la población rural, para que de esta manera las generaciones futuras acudan a los consultorios en estadios incipientes de la enfermedad.

A NIVEL HOSPITALARIO.

- 5.- Mejorar la calidad del servicio de archivo, por medio de evaluación periódica del sistema de codificación existente ,y de esta manera hacer una codificación más específica de cada patología.

- 6.- Crear protocolos de tratamiento para que de esta manera se permita evaluar multidisciplinariamente los casos.
- 7.- Trabajar más estrechamente con el Departamento de trabajo social ,para solventar Impases económicos que se presentan en detrimento del diagnostico y tratamiento precoz de esta patologia y por ende mejorar el pronostico.
- 8.- Establecer un mecanismo que permita localizar a todos aquellos pacientes en los cuales se pierda el seguimiento.
- 9.- Por ultimo, se deberia hacer incapi~~s~~ en el paciente en el paciente al momento de su egreso para que no pierda las citas a consulta externa, y de esta manera controlar adecuadamente su patologia y valorar su evolución.

A N E X O S.





ENCUESTA DE INVESTIGACION.

1. DATOS GENERALES :

No. Expediente _____

Hospital _____

Nombre del Paciente _____

Edad _____ Sexo _____

Raza _____ Ocupación _____

Lugar de Procedencia _____

Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____

2. DATOS DE LA ENFERMEDAD.

a. Edad de Inicio de los Síntomas _____

b. Intervalo entre la Sintomatología y la primera consulta:

Días _____ Semanas _____

Meses _____ Años _____

c. Localización Anatómica del Tumor Primario.

d. Síntoma Principal.

e. Signos Encontrados.

f. Antecedentes Familiares de Melanoma Ealigno:

si _____ no _____ Parentesco _____

g. Otros Antecedentes de Importancia.

Nevos _____ Exposición al sol _____

color de ojos _____ Color de cabello _____

Verrugas o callos _____

(sujetos a irritación crónica)

No Consignados _____

h. Tipo de tumor :

Melanoma Lentigo Maligno _____

Melanoma Modular _____

Melanoma de extensión Superficial _____

Panadiso Melanotico _____

Melanoma Acral _____

i. Nivel (Estadio) de Infiltración del tumor.

I _____

II _____

III _____

IV _____

V _____

j. Presencia de ganglios:

si _____ no _____ cuales _____

k. Metastasis a Distancia.

si _____ no _____

organos afectados _____

l. Métodos Diagnosticos.

Clínica _____ Histopatología _____

Biopsia y fecha _____

rayos x _____

Otros (Explique) _____

m. Tratamiento:

Médico _____

Quirurgico _____

Radioterapia _____

Quimioterapia _____

Otras _____

n. Complicación del Tratamiento:

si _____ no _____ Cuales _____

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD PENDIENTE Y POST TRATAMIENTO.

No. Meses.

No. Años.

Sin Signos de Enfermedad.

Igual Condición.

Con Enfermedad Progresiva.

Muerte.

Seguimiento Perdido.

Pronostico: Bueno _____ Malo _____

BIBLIOGRAFIA.

B I B L I O G R A F I A .

1. ACKERMAN AND DEL REGATO'S. "Cancer:Diagnosis treatment and Prognosis"The C.V.Mosby Company; 1987 Quinta Edición P.P 161-168 P.P. 208-220.
2. ADAM G, YEHUDA Et Al. "Cutaneous Malignant Melanoma: Current Views on Pathogenesis, Diagnosis and surgical Management" Baltimore Surgery Vol.93 No.4 p.p. 481-91.Abril 1983.
3. AITKEN R. DELMAR Et Al. The extent of primary Melanoma Excision " Ohio Ann Surg. Vol. 198, No.5 P.P. 634-41 nov. 1983.
4. Bear D. HARRY Et Al. "Prognosis of level V Malignant Melanoma".Virginia Cancer 55: 1167-1171 March .1985.

5. BEGUN F.P. Et Al. "Malignant Melanoma of the Penis and Male Urethra" Michigan J. of Urol.132: 123-25 Jul. 1984.
6. BERAL VALERIE Et Al. "Cutaneous Factor related to the Risk of Malignant Melanoma".Londres Br. J. Dermatologia 109; 165-72,1983.
7. CHOI N. KWAN Et Al. "Metastatic Melanoma in Brain" New York Cancer 56:10-15 1985.
- 8
8. CHOI N. KWAN Et Al. "Intracranial Metastases from Melanoma" Houston Cancer 56: 1-9, July 1985.
9. COSTANZI J. JOHN Et Al. "Combination Chemotherapy plus Levamisoles in the treatment of Disseminated Malignant Melanoma ". Texas Cancer53:833-836.FEBRUARY,1984.

10. ELWOOD J.M. Et Al. "Pigmentacion and Skin reaction to Sun as risk factors for cutaneous Melanoma : western Canada Melanoma Study" Canada Br J. Medical : 288, Enero 1984.
11. ENAMOTO TADAO. "Cryosurgery and ok 432 in the treatment of malignant Melanoma" Japan Arch. Otolarin gol. 110 :127-29 Feb, 1984.
12. GREENE , H. MARK Et Al. "For the record: The History of precursors to malignant Melanoma" Bethesda Arch Dermatol : 120, Jan, 1984.
13. HALPERN E. SAMUEL Et Al. "Radio Immuno Detection of Melanoma utilizing in 111 96.5 Monoclonal antibody ". California Radiology 155: 493-499 May, 1985.

14. HUGHES D.E. Et Al. "Malignant Melanoma of the Hand an Foot" Cardiff CF4 , UK Br. Surg 72: 811-15 Oct 1985.
15. KATZ I. JEFFREY Et Al. "Primary Malignant Melanoma of the Female Urethra". New York Journal of Urology. Vol 116 P.P. 454-457 .Octubre 1976.
16. LARSON, M. STEVEN Et Al. "Diagnostic Imaging of Malignant Melanoma With Radiolabeled antitumor Antibodies". washington Jama. vol. 294, No.6 P,P 811-12, Feb 1983.
17. MARKOE M. ARNOLD Et Al. "Malignant Melanoma of the eyes Treatment of posterior uveal Lesions by co-60 plaque radiotherapy versus enucleation". Philadelphia Radiology 156: 801-803 , 1985.

18. PIPER P.C. Et Al. "Melanoma of the anal canal" Belfast Br. J. Surg. 71: 671-72 Sept. 1983.
19. RAPINI P. RONALD Et Al. "Primary Malignant Melanoma of the Oral Cavity" Denner Cancer 55: 1543-1551. April 1985.
20. REWITGEN S. DOUGLAS Et Al. "Malignant Melanoma In Black American and white American populations". Durham Jama. Vol.248 No. 5 P.P. 1856-59. Oct. 1982.
21. ROSES F. DANIEL Et Al. "Prognosis of Patients With Pathologic Stage II Cutaneous Malignant Melanoma" New York Ann Surg. 201 : 103-107 Jan, 1985.
22. STERCHI J. MICHAEL Et Al. "A randomized trial of adjuvant Chemotherapy and Immunotherapy In Stage I and Stage II cutaneous Melanoma". North Carolina Cancer 55: 707-12 Feb, 1985.



23. STEVENS G. RICHARD. "Malignant Melanoma: Dependence of site-specific risk on age". Philadelphia Am. J. Epidemiologia Vol. 119 No. 6 P.P. 890-95, 1984.
24. URIST M. MARSH ALL Et Al. "Head and Neck Melanoma in 534 Clinical Stage I. Patients". Alabama Ann Surg. Vol. 200 No. 6 P.P. 769-75. April 1984.
25. Wagner G. Donald et al. "Primary Melanoma: Pitfalls In Diagnostic Biopsy Techniques and Interpretations", California M J. of Surg. 148:99-102. July 1984.
26. YOUNG W. DAVID Et Al. " The use of Beld combination Chemotherapy In Advanced Malignant Melanoma". Scotland Cancer 55: 1879 -1881. May, 1985.

250
275
1950
1750
500
6250