

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**Melanoma Maligno en los Hospitales Escuela, Hospital
General San Felipe e Instituto Hondureño de Seguridad
Social de Tegucigalpa y San Pedro Sula, durante el
Período de 1983-1987**

TESIS

Presentada por:

Bz. Vilma E. Lainez Colindres

Bz. Belinda M. Solano Gale

Previa Opción al Título de:

Dra. en Medicina y Cirugía

8 616.994
L18m

Tegucigalpa, D. C.

Honduras, C. A.

1989

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Melanoma Maligno en los Hospitales Escuela, Hospital General San Felipe e Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa y San Pedro Sula, durante el Periodo de 1983-1987

TESIS

Presentada por:

Bz. Vilma E. Láinez Colindres

Bz. Belinda M. Solano Gale

Previa Opción al Título de:

Dra. en Medicina y Cirugía

Tegucigalpa, D. C.

Honduras, C. A.

1989

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR:	LIC. JORGE OMAR CASCO
SECRETARIO GENERAL:	LIC. ALFREDO HAWIT BANEGAS

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO:	DR. ANTONIO NUÑEZ
VICE-DECANO:	LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
SECRETARIO:	DR. RUBEN PALMA CARRASCO
PRO-SECRETARIO:	DR. HUMBERTO RIVERA M.
VOCAL:	DR. MAXIMO LOPEZ
VOCAL:	DR. CESAR A. CASTELLANOS

VOCALÉS ESTUDIANTEILES

PROPIETARIOS

BR. JORGE EDUARDO QUINN
BR. DENIS CHIRINOS
BR. NELSON E. SALINAS
BR. IVAN E. TREJO

SUPLENTEIS

BR. RUTH GOMEZ
BR. FELIX CASTILLO
BR. ELMER MAYES
BR. JENNY PAREDES

TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. GUILLERMO AYES

DR. HECTOR LAINEZ

DR. OMAR DIAZ

SUSTENTADA POR:

VILMA E. LAINEZ COLINDRES

BELINDA M. SOLANO GALE

PADRINOS

CARLOS GODOY LAGOS

MIRNA SOLANO GALE

HECTOR LAINEZ

JULIETA DE LAINEZ

ASESOR

DR. ANGEL CRUZ

I N D I C E

<u>CAPITULO</u>	<u>C O N C E P T O</u>	<u>PAGINA N°</u>
I.	INTRODUCCION	1
II.	FORMULACION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION.	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	MARCO TEORICO.	6
VI.	HIPOTESIS	49
VII.	DEFINICION DE VARIABLES.	50
VIII.	DISEÑO METODOLOGICO	51
IX.	ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION DE DATOS	53
X.	DISCUSION	80
XI.	CONCLUSIONES	83
XII.	RECOMENDACIONES.	85

BIBLIOGRAFIA.

A N E X O S

I. INTRODUCCION

El Melanoma Maligno es uno de lo cánceres más malignos, se caracteriza por su riqueza en pigmento melánico, el cual se manifiesta por su peculiar tinte oscuro.

Esta neoplasia es más frecuente entre los 40 a 60 años de edad, aunque puede verse en los dos extremos de la vida; el sexo femenino tiene una ligera predominancia sobre el sexo masculino.

La población.

La población blanca es más afectada que la negra y dentro de ésta última los melanomas plantares son los que predominan. La localización más frecuente es a nivel de pie, aunque puede verse en tres sitios del organismo como ojos, mucosas y sistema nervioso.

La clínica nos hace sospechar el diagnóstico, pero es el estudio histopatológico quien determina el diagnóstico definitivo; su pronóstico dependerá del momento temprano en que se diagnostique.

La idea de realizar el presente estudio surgió como una inquietud de enriquecer la investigación en el campo de la oncología.

El presente estudio será de tipo retrospectivo, descriptivo, en los Hospitales Escuela, Instituto Hondureño del Seguro Social de Tegucigalpa y San Pedro Sula y HGSE, abarcará de Enero de 1983 a Diciembre de 1987.

II. FORMULACION DEL PROBLEMA

Debido a la limitada información que sobre el Melanoma Maligno se tiene en nuestro medio, es imperativo realizarse las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué relación tiene tal patología con el medio ambiente del paciente?
2. ¿Cómo se clasifica ésta patología?
3. ¿Cuál es la importancia en diagnosticar tempranamente el Melanoma Maligno?
4. ¿Cuál es la frecuencia general del Melanoma Maligno en los Hospitales Escuela, IHSS de Tegucigalpa y San Pedro Sula y H.G.S.F. - en los últimos cinco años?
5. ¿Qué medidas preventivas se deberían aconsejar a estos pacientes?
6. ¿Cuál es el tratamiento empleado y sus complicaciones?
7. ¿Cuál es el pronóstico de estos pacientes, según etapa clínica - y/o tratamiento empleado?

III. JUSTIFICACION

El Melanoma Maligno es una patología que afecta a varios órganos, su curso clínico es impredecible ya que puede crecer rápidamente o tomar se varios años para ello, así también las metástasis pueden ocurrir - precoz o tardíamente, de manera que el índice de supervivencia de los pacientes que padecen esta patología va a depender de su detección temprana y por ende de un tratamiento adecuado.

Según la literatura mundial el Melanoma Maligno alcanza índices alarmantemente altos que es del 3% de todos los procesos malignos y cutáneos, por ello y lo anterior expuesto, esta patología cobra relevante importancia y ha despertado interés para realizar un estudio retrospectivo que arrojará datos importantes de su incidencia y comportamiento en nuestro medio.

El estudio se realizará en el Instituto Hondureño del Seguro Social - de San Pedro Sula y Tegucigalpa, Hospital Escuela y Hospital General San Felipe, revisando los expedientes de los pacientes diagnosticados con Melanoma Maligno entre los años de 1983 a 1987.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Determinar la frecuencia del Melanoma Maligno en los Hospitales: Escuela, e IHSS en el período comprendido entre enero de 1983 a diciembre de 1987.
2. Conocer la evolución del Melanoma Maligno en los pacientes atendidos por esta patología en los hospitales referidos.
3. Determinar y evaluar los diferentes tipos de tratamiento - empleados.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar la frecuencia de Melanoma Maligno, según grupos de edad.
2. Determinar el sexo y raza más afectadas por esta patología.
3. Establecer la relación entre el Melanoma Maligno y el tipo de ocupación.
4. Determinar la frecuencia de la patología, con relación al lugar de procedencia.
5. Identificar en orden de frecuencia los lugares anatómicos

más afectados por el Melanoma Maligno.

6. Determinar los diferentes tipos histopatológicos del Melanoma Maligno según Clark.
7. Determinar la frecuencia del Melanoma Maligno, según niveles de invasión.
8. Determinar los diferentes métodos diagnósticos utilizados en los Hospitales Escuela, IHSS de Tegucigalpa, San Pedro-Sula, y H.G.S.F.
9. Determinar y valorar el tipo de tratamiento utilizado, según estadio neoplásico.
10. Determinar el pronóstico de estos pacientes afectados por Melanoma Maligno.

V . M A R C O T E O R I C O

A. DEFINICION Y CONCEPTOS

El Melanoma Maligno es un tumor de origen melanacítico. Es uno de los cánceres más malignos que hay.

Se forma por la proliferación anaplásica de las llamadas células névicas y de los melanocitos que se caracterizan por su riqueza en pigmento melánico. Esta proliferación anaplásica se manifiesta por su peculiar tinte oscuro, por su rápida evolución y formación de metástasis, así como por su grado de malignidad externa.

En la capa basal de la epidermis, existen células de forma dendrítica denominadas melanocitos de origen embriológico 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 su diferencia morfológica con los primeros, se debe a las alteraciones patológicas del tejido tumoral y para diferenciarlas de las células normales, se denominan melanoblastos. Son estos elementos celulares los que histológicamente forman los melanomas. Estas son neoplasias propias del adulto joven que pueden sin embargo, verse en ancianos y en niños; existe algún caso excepcional congénito. (8, 17,24).

No existe un acuerdo entre los investigadores sobre su mayor frecuencia en uno u otro sexo, aunque parece ser más frecuente en el sexo femenino. Puede aparecer en la piel aparentemente normal, aunque por lo general provienen de nevos pigmentados y en especial del nevo de unión, del nevo azul, léntigo maligno o peca melanocítica de Hutchinson-Dubreuilh y del plexo coroideo del ojo. Pueden asentar en cualquier punto del tegumento, con cierta zonas de predilección. (9, 27).

B. SINONIMOS

Melanoma, Melanocarcinoma.

C. HISTORIA

Según anales históricos, es probable que la primera mención acreditada de melanoma fue hecha por Hipócrates, en la quinta centuria A. de C. El legendario rumor de que este tumor fue descrito en el Papiro de Ebers, es apócrifo.

La siguiente anotación que se ha encontrado fue hecha por Rufus de Ephesus (60-120 D.C.), un médico griego ampliamente conocido entre los antiguos por sus descripciones médicas, y ciertos cánceres de la piel, especialmente Melanoma.

Elseft en 1861-1862, discutiendo tumores pigmentados, estableció que, la descripción de "tumores negros fatales", con metástasis y fluído negro en el cuerpo, había sido descrita por High

more (1651), Bartholin (1677), Benet (1679), Henricini y Nothnagek (1757).

En 1806 Laennec, discutió el tema de melanoma, al cual llamó "la mélanose", ante la Facultad de Medicina de París.

Robert Carswell en 1838, fue el primero en emplear el término melanoma, para designar estos tumores malignos pigmentados.

En 1858, Pemberton defendió y realizó una amplia, profunda y minuciosa disección del melanoma, llevando el nivel de excisión hasta la fascia subyacente y extirpando los nódulos linfáticos, práctica aprobada en la centuria actual.

Pringle, en 1908, tomando conocimientos del concepto de Sampson Handle adoptó el principio de "excisión y disección de continuidad", o "en bloque", para remover a un tiempo el área del melanoma primario, los nódulos linfáticos regionales, y una porción de piel grasa subcutánea y fascia, entre la lesión original y los nódulos involucrados secundariamente.

Durante la décima octava centuria, los lunares ya sean naturales o como aplicaciones, eran populares como marca de belleza, especialmente en Francia. Más adelante tuvieron implicaciones religiosas.

El testimonio más interesante concerniente al Melanoma Maligno, se ha encontrado en momias de la época precolombina, en Incas -

del Perú, con una edad aproximadamente 2.400 años. En estas momias se han encontrado metástasis difusas de Melanoma Maligno en huesos, especialmente en cráneo y extremidades.

D. INCIDENCIA

El nevo pigmentado se encuentra entre las lesiones cutáneas más frecuentes del ser humano, sin embargo, el cáncer de células pigmentarias (por ejemplo, el Melanoma Maligno) es relativamente poco común, ya que constituye el uno por ciento de los cánceres. Ha habido un aumento alarmante en la frecuencia del melanoma primario de la piel. Su frecuencia se ha duplicado en los últimos diez años, tal vez debido a un aumento en la exposición a los rayos solares durante "los fines de semana", especialmente entre profesionlaes y gerentes. (11, 22, 23).

Se ha estimado una incidencia en el hombre de 1.6 x 100.000; y en la mujer de 2.0 x 100.000.

Es mayor en personas de piel blanca y delgada, sensibles al sol, ojos claros (más en azules), cabello rubio o rojo. Es aproximadamente tres veces mayor en la raza blanca que en la raza negra. (9, 11, 16, 19).

E. ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

Con respecto a la etiopatogénesis del Melanoma Maligno, se han realizado varios estudios.

La relación de la exposición al sol y la incidencia del melanoma primario es un problema complejo, sobre esto existen hechos e hipótesis. Entre los hechos se puede enunciar: que en los recién pasados años ha habido un rápido aumento en la incidencia y grado del Melanoma Maligno. (9, 11, 16).

En los estudios realizados (por Magnus), se ha reportado que el número de nuevos casos por año ha aumentado de 100 a 250 por año, se ha visto que los hombres nacidos entre 1921 - 1925, tienen un mayor rango de incidencia en la edad de 30 - 50 años que los hombres nacidos entre 1891 - 1895, en la edad comprendida entre 60 - 80 años, esto es sugestivo de un factor carcinogénico por exposición a la radiación solar, tal oportunidad es mayor en esta centuria que en la anterior; este aumento del melanoma no se ha notado para el melanoma de la cara y pies, los cuales han mantenido una incidencia estable. En contraste, el cuello y tronco de los hombres y los miembros inferiores y es-

palda de las mujeres que ha mostrado un espectacular aumento de incidencia, este cambio es debido a la duración, área de exposición e intensidad de irradiación solar, punto que ha aumentado en este siglo, por los deportes, vacaciones, modas, etc. que se facilitan más actualmente; con todo, esto está en hipótesis; pero se agrega que es un factor que hay que tomarlo en cuenta. -- (11, 16, 18, 22, 23).

Los factores hormonales, juegan ciertamente algún papel importante, como evidencia de lo anterior es que el tumor raramente ocurre antes de la pubertad, y el promedio de vida es menor en mujeres que en hombres. (8, 18).

El embarazo ha sido considerado peligroso en una mujer con Melanoma Maligno, pero estudios cuidadosos por George y Col. han refutado la idea. (9, 18).

Individuos con piel y cabello claro, ojos azules, tienen una alta incidencia de Melanoma Maligno, en relación a individuos con piel, cabello y ojos oscuros. (9, 11, 16, 19).

El Melanoma Maligno en niños ha sido agrupado en tres tipos:

- a) Melanoma Congénito: Dos casos de muerte antes de un año de edad y cuyas madres padecieron melano durante el emba-

razo, son dos ejemplos de transmisión transplacentaria del Melanoma Maligno.

- b) Melanoma Maligno: Desarrollado en "traje de baño". Cerca del 25% de melanomas en niños, se origina de esta causa.
- c) Melanoma Maligno. Desarrollado antes de la pubertad, el curso clínico y pronóstico es similar al melanoma del adulto. (6).

El negro tiene una incidencia particular en la planta del pie.- (18, 19).

En aproximadamente el 10% de pacientes con melanoma metastásico, el sitio primario no se ha encontrado.

Según la distribución topográfica del Melanoma Maligno este afecta más frecuentemente al pie, extremidades superiores y cara. En el pie los lugares más afectados son planta y talón. (9, 11, 19). (Ver Figura N° 1 y 2).

Se han encontrado lesiones premalignas a saber:

- a) Nevo pigmentado: La más importante complicación es el desarrollo de Melanoma Maligno, esto actualmente ocurre en raras ocasiones, y toma lugar solamente en nevo con actividad conjuncional.

La posibilidad de transformación maligna es de solamente -

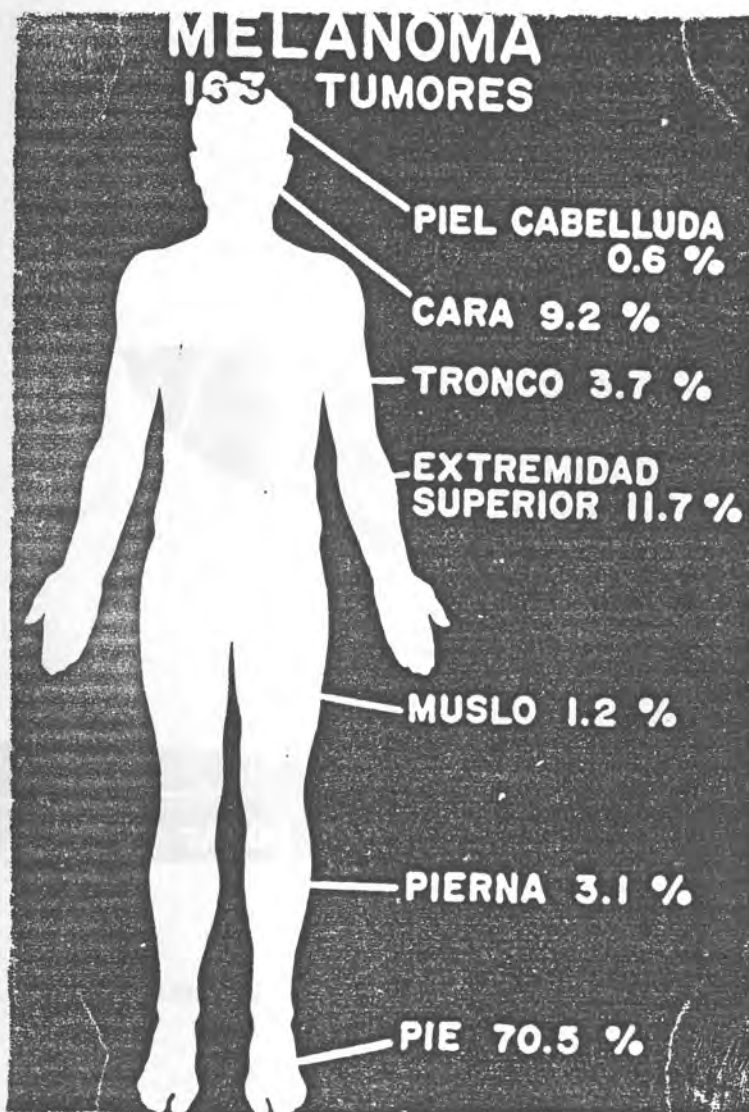


Fig. N° 1. Melanoma. Distribucion topográfica. (22).

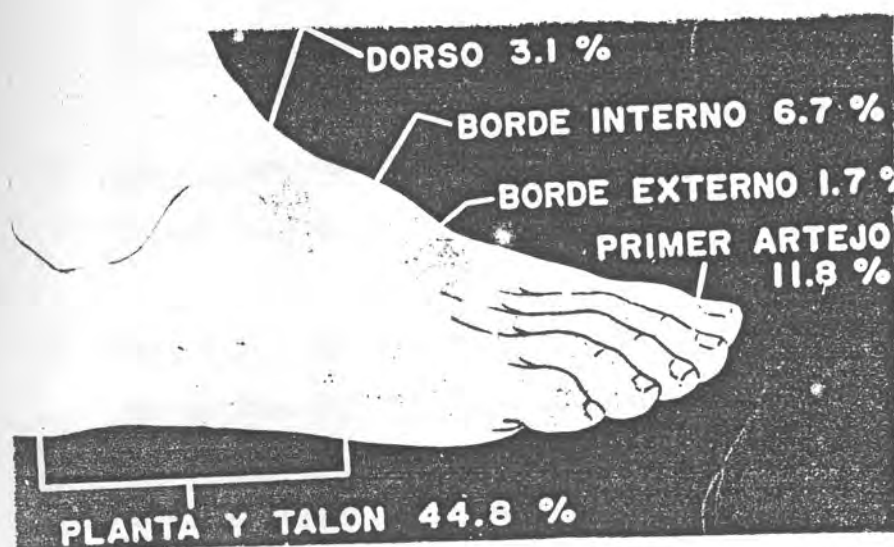


Fig. N° 2. Melanoma. Distribución en el pie. (22).

uno en un millón. Nevo en planta del pie, palmares y genitales, usualmente tienen actividad conjuncional y un alto-título de transformación maligna. Autores como Wilson y Anderson, (22) han estimado la transformación en solamente 0.18%, es imposible predecir transformación maligna en las anteriores localizaciones, rápido crecimiento o inflamación del nevo pigmentado, no es necesariamente señal de transformación en melanoma maligno, pero puede serlo. (13).

- b) Nevo Pigmentado Gigante: La incidencia de transformación en Melanoma Maligno reportada es variable, de 1.8 a 13.0%.
- b) Nevo Azul (Jadassohn-Tieche). En este tipo de nevo, la transformación maligna rara vez ocurre.
- c) Nevo Azul Celular: El Melanoma Maligno, puede originarse de este. La diferenciación con el melanoma es en ocasiones difícil.
- d) Nevo Azul Maligno: Un nevo azul maligno, no tratado puede producir metástasis diseminadas.

Otras lesiones premalignas se pueden nombrar, como ser, peca melanocítica (melanosis precancerosa), Lentigo Maligno, Melanoma-contoma. (1, 9, 10, 16, 20).

Un gran número de nevos se presentan durante la tercera década

de la vida, sin embargo, los melanomas no son frecuentes en esta edad. Hay un pico de incidencia mayor de melanomas malignos, y es en la octava década de la vida.

Observaciones Clínicas: Han sugerido la existencia de factores inmunológicos relacionados con la aparición de melanomas en humanos. Morton, usando técnicas inmunofluorescentes, ha detectado anticuerpos anti-melanoma. El dato de estos investigadores, sugiere que los melanomas malignos humanos contienen un antígeno común que es inmunogénico en pacientes con la neoplasia. (15, 17).

CLASIFICACION

Clark y colaboradores fueron los primeros en precisar los niveles histológicos reales de invasión (ver Cuadro N° 1). Además Clark describió tres formas de melanoma: Melanoma de diseminación superficial, - Léntigo maligno y nodular, cada uno con su aspecto macroscópico, características microscópicas distintas y comportamiento biológico. (16, 20, 22).

En una revisión retrospectiva realizada por Breslow en 1970, usando un micrómetro ocular midió la profundidad de invasión confirmando nuevamente su importancia pronóstica. En dicha revisión fueron estudiados 98 pacientes, de los cuales en aquellos en el que el melanoma medía menos de 0.76 mm. de espesor no murieron de la enfermedad, ni tenían signos de ella a los cinco años.

Por lo tanto, es importante hacer una distinción, ya que se manifiesta en la mortalidad registrada para cada una de ellas. (2, 4, 8, 22, 28).

CUADRO N° 1

CLASIFICACION DE CLARK DEL MELANOMA POR NIVEL DE INVASION

(White, M. "Terapéutica del Melanoma Cutáneo primario".
Clínicas Médicas de Norte América; 70 (1): 73-90; Enero 1986).

-
-
- | | |
|------------|---|
| Nivel I: | Todas las células tumorales se encuentran por encima de la membrana basal de la epidermis. |
| Nivel II: | Las células neoplásicas invaden la dermis papilar. |
| Nivel III: | Las células tumorales llenan la dermis papilar, y se acumulan en la interfase entre dermis papilar y reticular. |
| Nivel IV: | Las células neoplásicas infiltran haces de colágeno de la dermis reticular. |
| Nivel V: | El tumor invade el tejido subcutáneo. |
-
-

CLASIFICACION TNM

Definiciones:

Tumor primario (T)

- TX: Son signos de tumor primario (tumor primario desconocido o extirpado y no examinado histológicamente).
- T0: Hiperplasia melanocítica atípica (nivel I de Clark) sin lesión maligna.
- T1: Invasión de dermis papilar (nivel II) o 0.76 mm. de espesor o menos.
- T2: Invasión de la interfase dérmica-reticular-papilar (nivel III) ó

0.76 a 1.5 mm de espesor.

T3: Invasión de la dermis reticular (nivel IV) ó 1.5 a 4.0 mm de es
pesor.

T4: Invasión del tejido subcutáneo (nivel V) ó 4.1 mm o más de espe
sor o satélite (s) en 2 cm. de cualquier melano primario.

Afección ganglionar (N)

NX: Requerimientos mínimos para valorar los ganglios regionales, no
puede palparse.

NO: Sin afección del ganglio linfático regional.

N1: Afección de un solo ganglio linfático regional. Ganglios movi-
bles no mayores de 5 cms. de diámetro ó ganglios linfáticos re-
gionales negativos y presencia de menos de 5 metástasis, en -
tránsito más allá de 2 cms. de sitio primario.

N2: Alguno de los siguientes datos: 1) afección de más de un grupo
de ganglios linfáticos regionales. 2) Ganglios regionales de -
más de 5 cms. de diámetro ó fijos, 3) cinco o más metástasis en
2) tránsito ó cualquier metástasis en tránsito más allá de 2 cms.
del sitio primario con afección de ganglios linfáticos regiona-
les.

Metástasis distantes (M)

NX: No pueden encontrarse requerimientos mínimos para valorar la --

presencia de metástasis distantes.

NO: Sin metástasis distantes conocidas.

M1: Afección de la piel ó tejido subcutáneo más allá del sitio de drenaje del ganglio linfático primario.

M2: Metástasis visceral (diseminación a cualquier sitio distante a parte de los tejidos cutáneo ó subcutáneo).

Tipo de lesión:

1. Lentigo maligno.
2. Nodular
3. Diseminación radial.
4. Pecosa de las extremidades.
5. No clasificada.

AGRUPCION EN ETAPAS

Etapa IA	T1, NO, MO
Etapa IB	T2, NO, MO
Etapa IIA	T3, NO, MO
Etapa IIB	T4, NO, MO
Etapa III	Cualquier T, N1, MO
Etapa IV	Cualquier T, N2, MO
	Cualquier T, cualquier N, M1 ó M2.

CUADRO N° 2. SISTEMA DE ETAPAS PARA MELANOMA BASADO EN LA CLASIFICACION TNM. (28).

G. HISTOLOGIA

Revisión histórica: Aunque los melanomas malignos fueron considerados en los tiempos de Hipócrates (siglo V a. C.), no fue hasta principios del siglo XX que UNNA publicó una descripción histológica bastante detallada y exacta de este proceso neoplásico. (26).

Durante finales del siglo XIX y comienzos del XX se dieron a los melanomas malignos denominaciones diversas (melanocarcinoma, melanosarcoma, melanoblastoma, melanoepiteliona, etc.), que reflejan los conceptos confusos de su histogénesis. En los años 1960 Clark y colaboradores, conceptuaron y delinearon las descripciones todavía populares de "fase de crecimiento vertical y radial" del melanoma maligno en la piel. Según estos conceptos, los melanomas malignos comienzan por crecimiento horizontal o radial dentro de la epidermis (ó dermis papilar). Después de un cierto período muy variable los melanocitos neoplásicos comienzan a proliferar en una dirección "vertical", y forman colecciones nodulares dérmicas de células caracterizadas por un crecimiento potencial para dar metástasis. Conforme a estas fases biológicas así como a características clínicas e histológicas, distintivas, Clark y otros, describieron cuatro subtipos ("hisogenéticos") específicos de esta neoplasia, y ellos son:

1. Melanoma maligno de diseminación superficial
2. Melanoma de lentigo maligno

1. Melanoma maligno pecoso de las extremidades, y
4. Melanoma maligno nodular.

Características histológicas:

Lentigo maligno y melanoma de lentigo maligno: En la fase temprana, el hecho histológico predominante es una proliferación de melanocitos a lo largo de la capa basal de la epidermis, que suelen encontrarse como células aisladas con alguna tendencia a confluir. También hay un incremento de melanocitos en las vainas externas de estructuras anexas. Con el tiempo, los melanocitos muestran un aumento manifiesto de concentración y algunos se tornan más grandes, con núcleos hiper-- cromáticos y pleomórficos. Es evidente el adelgazamiento de la epidermis, con pérdida de la disposición normal de las papilas de la red de crestas dérmicas. En lesiones más avanzadas, algunos de los melanocitos adoptan a menudo forma de huso, y se agrupan en nidos, cuya forma y tamaño varían, en la unión dermo-epidérmica; ocurren cambios similares en las vainas epiteliales de los anexos, y a veces se observa desplazamiento hacia arriba de melanocitos en la epidermis, si bien tal cambio no es característico del lentigo maligno. (4, 26).

En la fase de crecimiento horizontal (ó in situ), suele persistir durante muchos años, y pueden alcanzar un tamaño de 10-20 cms. ó más; dependiendo del tiempo en que los melanocitos atípicos se hallan restringidos a la epidermis, se considera a la lesión, como melanoma in situ (lentigo maligno), pero cuando muestra melanocitos atípicos en la der

mis se denomina melanoma del lentigo maligno. El tipo de célula en la porción dérmica de este tumores casi siempre un melanocito fusiforme. (4, 26).

Melanoma Maligno en las extremidades: Reed usó este término por vez primera para referirse a melanomas malignos que se localizan en las palmas y plantas y en las áreas ungueal y periungueal. Desde el punto de vista clínico e histopatológico, el melanoma maligno pecoso de las extremidades y el melanoma del lentigo maligno comparten algunos rasgos.

Como las lesiones del lentigo maligno, el melanoma maligno pecoso de las extremidades se caracteriza por una fase de crecimiento horizontal relativamente larga (fase in situ), y debido a estos las lesiones alcanzan a menudo un tamaño de varios centímetros o más.

Una característica histológica temprana de la fase in situ es un aumento en el número de melanocitos, presentes como células únicas o aisladas a lo largo de la capa basal de la epidermis. Algunos de estos melanocitos basales pueden presentar morfología atípica en los núcleos. Otro hallazgo frecuente temprano durante esta fase in situ, es la presencia de prolongaciones dendríticas alargadas de los melanocitos basales. Con el tiempo, aumenta el número de melanocitos atípicos, la afección melanocítica alcanza todos los niveles de la epidermis, y se manifiesta de manera muy evidente la nidación de células melanocíticas. Los melanocitos atípicos son a menudo fusiformes, y de forma cuboidea. La epidermis muestra con frecuencia alguna acantosis-

irregular con alargamiento de la red de los rebordes. Por último, aparece un componente dérmico de la neoplasia, con presencia de melanocitos atípicos en la dermis. Otra característica es el aumento notable en la pigmentación, con presencia de melanina en la epidermis, incluido el estrato córneo, y en los macrófagos (melanófagos) de la dermis. (4, 26).

Melanoma maligno de diseminación superficial: En la fase in situ, se observan grandes melanocitos redondos, atípicos, con aspecto "epiteliode" en la epidermis en un patrón "pagetoide", así denominado debido a la similitud con las grandes células redondas de la enfermedad de Paget. Estos melanocitos atípicos tienen núcleos hipercromáticos, nucléolos prominentes, y abundante citoplasma con cantidades variables de melanina. A diferencia de las dos entidades mencionadas anteriormente, en este existen melanocitos atípicos no sólo en células aisladas de la epidermis sino también como nidos de células muy tempranas en el curso de esta lesión. En conjunto, la epidermis suele mostrar acantosis leve.

Son frecuentes las mitosis, a veces en gran número. La cantidad de pigmento de melanina y el grado de inflamación varían considerablemente. A menudo, el infiltrado inflamatorio tiene una modalidad liquenoide o de tipo en banda tanto en la fase in situ como en la invasión temprana, muestra un componente intraepidérmico muy manifiesto de melanocitos atípicos que se extienden en dirección lateral más allá

de la masa de células tumorales dérmicas invasoras. (4, 26).

Melanoma maligno nodular: Por examen microscópico, no se reconoce una fase sin situ de este tipo de melanoma maligno. En un principio, se consideró que el melanoma maligno nodular tenía "exclusivamente una fase de crecimiento vertical". El rasgo característico de este tumor es la presencia de melanocitos atípicos en la dermis, con disminución del componente epidérmico suprayacente. Destaca la ausencia del componente epidérmico en la porción de epidermis lateral al tumor dérmico subyacente. Los criterios iniciales relativos a la diseminación lateral de los melanocitos atípicos en la epidermis incluyen no extenderse más de tres rebordes de red más allá del nódulo dérmico. Como en el melanoma maligno de diseminación superficial, los melanocitos atípicos, en el melanoma maligno nodular varían en tamaño y forma y se encuentran como células aisladas, en láminas de células, y en "nidos" alveolares. De nuevo predominan las células cuboidales y fusiformes; las primeras son más frecuentes. Existe mitosis en número variable, lo mismo que pigmentación de melanina e inflamación. A menudo la epidermis suprayacente muestra ulceración. (4, 26).

Nevo displásico: Como ya se indicó antes, se considerará la histología de éste, ya que estas lesiones pueden ser precursoras importantes del melanoma maligno. Las peculiaridades histológicas características son:

1. Hiperplasia melanocítica a lo largo de la capa basal de la epi-

dermis.

2. Elongación de la red de rebordes epidérmicos.
3. Atipia de melanocitos con núcleos hipercromáticos más grandes.
4. Nidos de melanocitos epitelioides y fusiformes dispuestos horizontalmente en la interfase epidermis-dermis, con fusión de dichos nidos para producir puentes entre la red de rebordes epidérmicos.
5. Fibroplasia dérmica papilar, concéntrica y laminar.
6. Grado variable de infiltrado dérmico superficial de linfocitos. (4, 26).

H. DIAGNOSTICO:

Caracteres clínicos: Todos los melanomas, sea cual fuere su sitio de origen, comienzan, evolucionan y progresan, según principios similares de biología del desarrollo. Los melanomas muestran una fase de crecimiento radial o una vertical, y tales fases se refieren a la etapa biológica de desarrollo de la lesión. Durante la fase de crecimiento radial la dirección neta de crecimiento del tumor es centrífuga o paralela a la superficie de la piel, mientras que en la fase de crecimiento vertical la dirección neta de progresión del tumor es descendente a través de la dermis y subcutis. La fase de crecimiento de la lesión se correlaciona en buena medida con su tendencia a invasión y metástasis final. (8, 16).

Los signos clínicos que llaman la atención durante el desarrollo del melanoma se concentran en dos características, irregularidad y cambio.

Todos los melanomas tienen un color irregular, un borde irregular, una topografía irregular, o una combinación de estas características.

En las lesiones preexistentes, el cambio de un color, borde o topografía uniforme a uno irregular puede anunciar degeneración melanomatosa. (8).

La aparición de síntomas, cambio de tamaño, dolor, sensación de quemadura, prurito, inflamación o hemorragia en una lesión nueva o preexistente puede también indicar melanoma. Los colores específicos que definitivamente sugieren melanoma son azul, rojo, blanco y manchas que parecen tinta china negra. La variedad de color (p. ej., azul, negro y rojo en una lesión) o un moteado confuso de pigmentación (p. ej., - sombras o grados diferentes en la intensidad del color negro en una - lesión) también sugiere melanoma, igual que un borde festoneado, con muescas o dentellado. (8, 9, 16).

Hacen pensar en el diagnóstico los cambios en topografía: una lesión plana en la que aparece una pápula o nódulo o una lesión nodular rodeada de una mancha, lo mismo que las lesiones satélites. (8, 9, 16).

También puede tener importancia diagnóstica los cambios en la marca de la piel. Los melanomas en fase de crecimiento vertical carecen uniformemente de las marcas cutáneas normales, mientras que aquellos -

en fase de crecimiento radial pueden tener acentuadas las marcas cutáneas. El melanoma del lentigo maligno es una lesión pigmentada que evoluciona poco a poco, que se localiza de preferencia en áreas expuestas al sol y que se observa en sujetos de edad avanzada. (16). Las lesiones premalignas no invasoras -lentigo maligno- pueden preceder al melanoma del lentigo maligno. Estas lesiones precursoras son máculas planas bronceadas que varían de color, en las cuales la degeneración maligna se anuncia por cambios en tamaño, color, o topografía.-- La localización más frecuente del melanoma en lentigo maligno es la cara; a esta variedad corresponde el 4.0% de melanomas. (8).

El melanoma nodular es un nódulo o placa de desarrollo rápido que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo y constituye el 14.7% de los melanomas y se caracteriza por su comportamiento agresivo con potencial importante para dar metástasis tempranas; son frecuentes la ulceración y la pigmentación densa. (8, 22).

Los melanomas pecosos de las extremidades incluye los de las palmas, plantas, áreas subungueales, y mucosas (bucal, anal, vaginal y nasal); son los melanomas frecuentes en los negros. Debido a sus localizaciones corporales poco aparentes a menudo se descubren en etapas avanzadas y con gran tamaño y en consecuencia su pronóstico tiende a ser grave a pesar de que se inician con una fase de crecimiento radial y de que crecen con lentitud. (8).

El melanoma de diseminación superficial es el tipo más frecuente ya -

que constituye el 70% de todos los melanomas. Se localiza en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia en el tronco en hombres y en las extremidades en mujeres. Estos tumores comienzan como lesiones pigmentadas que crecen con lentitud y presentan las características irregulares específicas del melanoma; en estas lesiones es muy común la variación del color. (8, 22, 25).

Los melanomas no pigmentados o amelanóticos constituyen alrededor del 2% de todos los melanomas. Estas lesiones están compuestas de melanocitos auténticos desde el punto de vista histológico, con ausencia completa de pigmento de melanina en la localización primaria y en la metástasis. Pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo; se observa de preferencia en mujeres. Como la formación de melanina es una forma de diferenciación celular es lógico que los melanomas amelanóticos se presenten con metástasis rápidamente. Compatible con este hecho es que el 75% se presentan con metástasis regionales o distantes y que en cerca de 33% de los pacientes con este tipo de melanoma, se desconozca la lesión primaria cuando son vistos por vez primera, comparado con 7% de los enfermos con melanoma pigmentado. (8, 9, 25).

El diagnóstico clínico de Melanoma Maligno se confirma tan sólo por examen Histopatológico. (8).

Cualquier lesión pigmentada que persiste sospechosa de Melanoma debe ser examinada por biopsia. El propósito de la biopsia es doble, esto es, proporcionar información diagnóstica y pronóstica; tales propósi-

tos pueden lograrse mejor mediante biopsia excisional. Debido a las variaciones en el espesor de los melanomas y a la presencia de áreas de regresión, la biopsia en saca bocado o en capas finas no proporciona a veces información diagnóstica y pronóstica exacta y no debe utilizarse. En el caso de grandes lesiones, cuando no es posible hacer biopsia excisional, o en aquellos casos en que la localización anatómica lo impide debe ejecutarse una biopsia incisional de la porción más gruesa de la lesión. (4, 8, 9, 16, 22). Las dudas previas en el sentido de que la biopsia insicional del melanoma podría conducir a diseminación, no ha sido justificada ni confirmada en la literatura.

Criterios para el diagnóstico Histopatológico:

Las características más importantes para el diagnóstico de melanoma maligno son arquitectónicas más que citológicas.

El hecho de aplicar una combinación de estos criterios permite formular el diagnóstico con un alto grado de exactitud en la mayor parte de los casos. Procede hacer notar que ningún criterio único o aislado es suficiente para el diagnóstico. (8).

CUADRO N° 2

CRITERIOS HISTOLOGICOS PARA DIAGNOSTICO

DE MELANOMA MALIGNO

(26) Tomado de Thomas Riwande - Clínicas Médicas de N.H. Vol. 70 (1): 59

PATRON ARQUITECTONICO

Gran número de melanocitos atípicos presentes aislados, en nidos o de ambas maneras en la epidermis.

Melanocitos atípicos solos, en nidos, o de ambas maneras, en la epidermis, se extienden lateralmente más allá de la masa de componentes intraepidérmicos e intradérmicos de la neoplasia.

Melanocitos atípicos aislados, en nidos, o de ambas maneras en todos los niveles de la epidermis, incluida la capa córnea.

Nidos de melanocitos atípicos intraepidérmicos e intradérmicos que varían en tamaño y forma.

Confluencia de los nidos de melanocitos atípicos en la epidermis y dermis.

Extensión de melanocitos atípicos solos, en nidos, o de ambas maneras, a estructuras epiteliales de anexos.

Deficiencia de los núcleos de los melanocitos atípicos para disminuir de tamaño con el descenso progresivo en la dermis.

CARACTERISTICAS CITOLOGICAS

Melanocitos con grandes núcleos hipercromáticos pleomórficos, nucléos prominentes y casi siempre abundante pigmento fino de melanina en los citoplasmas en epidermis y dermis.

melanocitos en mitosis en epidermis y dermis.

Malanocitos necróticos.

Como las características arquitectónicas son de tal importancia, se estima como paso crítico para el diagnóstico histológico la obtención de una muestra de biopsia de tamaño adecuado. Se considera ideal en estos casos la biopsia excisional de la lesión con un margen de piel circundante de aspecto normal. Sin embargo, puede estar indicada la biopsia incisional en lesiones grandes, mientras que no se estima adecuada la biopsia por raspado para establecer el diagnóstico de melanoma maligno. (4, 26).

I. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Uno de los grandes retos en cuanto a la histopatología de los melanomas malignos en su diferenciación de otras neoplasias melanocíticas - benignas de aspecto similar. Que esta diferenciación es importante - en cada caso es más obvio de lo que son las frecuentes dificultades - para hacer tales distinciones. No obstante, de una manera similar a la utilizada con los melanomas malignos, pueden aplicarse criterios - histológicos a los imitadores benignos de dichos melanomas para asegu- rar un diagnóstico exacto en casi todos los casos. (4, 26).

Una de las lesiones melanocíticas benignas que deben diferenciarse - más a menudo de los melanomas malignos, ha sido ya considerada, esto- es, el nevo atípico del "síndrome del nevo displásico". Otros nevos benignos con los que pueden confundirse histológicamente son el nevo de células epitelioides o fusiformes (nevo de Spitz, melanoma juve- - nil), nevos congénitos examinados en biopsia al nacer, nevos con ha- - lo, nevos melanocíticos recurrentes después de excisión quirúrgica com- - pleta, y los raros nevos de la unión. De estos el nevo de Spitz es - el que con más frecuencia se presta a confusión. En general la mayor parte de los nevos melanocíticos benignos, incluidos los enumerados, - cuando se comparan con los melanomas malignos son más pequeños y más simétricos, bien circunscritos letaralmente, y muestran "maduración", esto es, disminución de tamaño de los núcleos de las células melanocí- - ticas con descenso progresivo en la dermis. (4, 26).

J. TRATAMIENTO:

Excisión local amplia de melanoma primario: Se considera todavía el modo primordial de terapéutica para melanoma; debe incluir espesor -- completo de la piel normal que rodea la lesión, y también grasa subcutánea. Todavía existe controversia respecto a lo que constituye un -- margen satisfactorio de resección, si es necesaria la extirpación de la aponeurosis, y si se requiere injerto cutáneo. Davis sugirió por vez primera que el margen de resección debe ser dirigido por los factores bien conocidos que influyen en el pronóstico. Más tarde, Breslow y Mach sugirieron que pueden ser adecuados los márgenes de resección tan pequeños como 1 mm para melanomas con espesor menor de 0.76 mm. (5, 28). Balch y colaboradores confirmaron este hallazgo al no -- observar recurrencias locales en 36 melanomas menores de 0.76 mm y -- márgenes tan estrechos como 0.5 cm. (2, 28). Para lesiones cuyo espesor supera 0.76 mm, la mayoría de los autores coinciden en que se necesitan márgenes de 3 a 5 cm para control local. Usando este tipo de resección con injerto cutáneo para cobertura deben esperarse índices de recurrencial local del orden de 5%. Un informe reciente de Kelly y colaboradores indica que un margen de 1 cm en todas direcciones puede ser complementamente satisfactorio para melanomas con espesor menor de 3 mm. Mientras algunos autores sugieren que siempre sería necesaria la cobertura con injerto cutáneo para excisiones amplias, es aceptable el cierre primario en casos de lesiones más finas siempre -- que sea factible. (12, 28).

Ha sido objeto de controversia la decisión en el sentido de si procede extirpar la aponeurosis subyacente. Oslen estudió un grupo de 67 pacientes a principios de los años 50, en 45% se presentó metástasis regionales después de excisión de la aponeurosis, comparado con 14% de aquéllos en quienes se dejó intacta la aponeurosis. Este autor sostuvo que en dichos casos se produjo diseminación linfática por la resección de la barrera aponeurótica. Sin embargo, no se han reproducido estos resultados. La mayoría de autores recomienda excisión aponeurótica para melanomas de riesgo moderado y alto, es decir, con más de 1,5 mm. Para lesiones finas (menores de 0.76 mm) no se considera necesaria la extirpación de la aponeurosis. (2, 4, 5, 6, 28).

Tratamiento quirúrgico de ganglios linfáticos regionales:

Desde la descripción relativa a la penetración linfática por Handley en 1907, los cirujanos han considerado la eficacia de la disección regional de los ganglios en pacientes con melanoma. Esta cuestión cobra importancia muy especial cuando los ganglios son clínicamente negativos (etapas I y II de la enfermedad) y la localización primaria se halla lejos de los ganglios regionales, o cuando el modelo de drenaje ganglionar puede ser multidireccional, por ejemplo, sobre el tronco. Los partidarios de la disección electiva de los ganglios linfáticos regionales para melanoma de las extremidades, arguyen que 20% de los pacientes con ganglios clínicamente negativos albergan micrometástasis y se beneficiarían de la excisión ganglionar. La morbilidad de

excisión de ganglios linfáticos regionales, específicamente las disecciones en cuello, axila e ingle, varía según informes, de 25 a 81%. Aunque la mayor parte de estas complicaciones no crearon problemas graves ya que guardaron relación con la herida, 8% de los pacientes con melanoma estudiado por Uris y colaboradores representaron déficit funcionales importantes por linfedema. El 26% tenía edema moderado a grave, seis meses después de la disección inguinal. En la serie de Bland y colaboradores, 3% de 330 pacientes con enfermedad metastásica murieron por varias causas en el período postoperatorio temprano. (7, 3, 28).

Se ha puesto en duda la eficacia de la linfadenctomía profiláctica en la enfermedad en etapas clínicas I y II y además ha sido impugnada por revisiones clínicas que no han mostrado ventaja terapéutica alguna consistente. Se han verificado varios análisis que en consecuencia han podido identificar subgrupos que obtendrán tan escaso beneficio de la disección ganglionar que cualquier morbilidad será excesiva o cuyo beneficio sea tan importante que resulte aceptable alguna morbilidad. (14, 28).

La capacidad para predecir cuando los ganglios linfáticos pueden, de hecho, albergar micrometástasis es importante para definir tales subgrupos ya que la ausencia o presencia de ganglios microscópicamente positivos constituye factor determinante decisivo para el pronóstico. Varias series retrospectivas confirman la falta de eficacia de la lin

linfadenectomía regional electiva para lesiones con menos de 0.76 mm de espesor y tratan de identificar otros subgrupos que pudieran beneficiarse de tal terapéutica profiláctica. Balch y colaboradores (2, 28) comprobaron que pacientes con lesiones de más de 4 mm no obtuvieron beneficio de la disección ganglionar profiláctica, y lo atribuyó a la frecuencia elevada de metástasis generales. Sin embargo, este mismo autor observó importante mejoría en supervivencia desde el punto de vista estadístico en lesiones de 0.76 a 3.99 mm de espesor y sobre todo en lesiones de 1.5 a 3.99 mm. En esta serie de pacientes, los sometidos a excisión local amplia y a disección electiva de ganglios linfáticos regionales se obtuvo un índice de supervivencia de cinco años de 83%, en contraste con 37% para la excisión local amplia sola. (28).

La linfadenectomía electiva es todavía objeto de controversia; sin embargo, ahora se puede predecir el curso clínico del paciente gracias a un mejor conocimiento de las características clinicopatológicas del melanoma. Es ahora evidente que cuando se aplica al azar a una población con melanoma, la disección de ganglios linfáticos regionales no es útil e incluso puede ser perjudicial. Los autores continúan buscando un subgrupo de sujetos con melanoma que obtuvieran un auténtico beneficio de un tratamiento coadyuvante adicional como la disección ganglionar electiva o profiláctica. Algunas sugerencias al respecto indican que es posible definir este concepto sobre la base del espesor o la naturaleza nodular de la lesión primaria, idea que sin duda-

brinda promesas, pero todavía es necesaria la confirmación. La disección ganglionar electiva para lesiones favorables es un método perjudicial, y es preciso ahorrar al paciente el riesgo de incapacidad o incluso de muerte en tales circunstancias. (2, 3, 4, 5, 6, 7, 28).

Perfusión Regional: El concepto de inyección intraarterial de agente quimioterápicos fue introducido por Klopp y colaboradores en 1950. -- Creech y colaboradores idearon la técnica de perfusión aislada de un miembro con el uso de un oxigenador extracorporal, demostrando que podrían administrarse grandes dosis de agentes quimioterápicos sin riesgo algunos en partes aisladas del cuerpo. La base para el tratamiento al parecer es aceptable, esto es, administrar dosis más altas de sustancias eficaces contra células neoplásicas y evitar al mismo tiempo los efectos tóxicos generales de dosis tan elevadas. Tomando como base el trabajo de Luck en ratones Harding-Passey, la mostaza de fenil-alanina-L ha sido el principal fármaco usado en la perfusión de melanoma. En 1960 Stehlin y colaboradores informaron de 116 perfusiones, de las cuales 73 se ejecutaron para melanoma. Aunque no se pudo formular conclusiones respecto a la supervivencia de estas lesiones avanzadas, se confirmó la respuesta del tumor a esta modalidad terapéutica. La técnica fue depurada por la adición de calor tomando como base el trabajo de Cavaliere y otros, lo cual demostró "un efecto tóxico profundo y selectivo de la temperatura elevada sobre las células tumorales. Mediante el uso de perfusión hipertérmica, Stehlin y colaboradores comprobaron un incremento de 300% en supervivencia de pa--

cientes con metástasis en tránsito desde 22 a 77%. Desde su inicio, se ha usado la perfusión regional en el tratamiento de lesiones primarias, satelitosis, metástasis en tránsito, y metástasis regionales - con índices de buen éxito sumamente variables.

La técnica de perfusión hipertérmica es apropiada solamente para lesiones en las extremidades. Con frecuencia es necesario descartar las lesiones en la porción superior más próxima de los brazos y muslos debido a la proximidad de los vasos que es preciso canular. En la extremidad superior, la arteria axilar y ocasionalmente la arteria y vena subclavia son aisladas y canuladas; en las extremidades inferiores suelen preferirse los vasos ilíacos externos y los femorales. Previo control proximal de los vasos, se aplica un torniquete alto alrededor del miembro para aislamiento adicional del retorno venoso, y comienza la perfusión, utilizando una bomba extracorporal, reguladora de calor y oxigenador. El líquido de perfusión es calentado a 42° C., y con frecuencia se añade mostaza de fenilalanina-L (melfalan) al circuito. Se ha informado también del uso de actinomicina D y de otras sustancias suplementarias. La perfusión continúa durante 60 minutos y en tal punto se suspende, se quitan el torniquete y la cánula y se reparan los vasos. (2, 28).

Se ha utilizado perfusión sola y en combinación con varias excisiones o linfadenectomía regional; se ha obtenido una amplia variedad de resultados. La interpretación de estos se dificulta por la falta de -

controles satisfactorios y, por lo menos en los primeros estudios, debido a la ausencia de estratificación por factores pronósticos actualmente aceptados, como la profundidad de la invasión. Además a menudo se combinan varios métodos quirúrgicos con la perfusión lo cual dificulta el análisis comparativo. A pesar de estos problemas en la mayor parte de las series se observan en los pacientes índices de supervivencia de cinco años de 75 a 90%, y los autores consideran un logro de mejoría de 10 a 20% sobre los tratamientos estandard. Las recurrencias locales varían de 2% a 9%. La mortalidad es muy rara, pero la morbilidad ha sido alta en algunos casos, dependiendo de la ejecución de métodos adicionales. La mayoría de los autores coinciden en que las complicaciones de la perfusión regional son en gran medida evitables y disminuyen al adquirir destreza en la técnica. La experiencia personal de uno de los autores con la perfusión llegan, hasta el momento, a 19 años con más de 300 casos, y durante este tiempo no se han registrado muertes ni se ha perdido ninguna extremidad como complicación del método. Por otra parte, casi en 5% de los pacientes se ha observado leucopenia intensa, quizá como complicación de una fuga inadvertida del agente quimioterápico, o alguna otra forma de complicación como neuritis periférica. Han ocurrido algunas complicaciones locales en menos de 2% de los pacientes.

Las lesiones de alto riesgo, es decir, gruesas o nodulares, de las extremidades lejos de los ganglios linfáticos regionales, son tratadas por perfusión regional, obtención de muestras de los ganglios, y exci-

sión local amplia. (2, 28).

En caso de lesiones de riesgo alto o intermedio localizadas en la porción muy próxima de cualquier extremidad con otros factores desfavorable de pronóstico, se recomienda la excisión local amplia en continuidad con los ganglios linfáticos regionales. (2, 21, 28).

Está indicada linfadenectomía terapéutica en enfermedad en etapas III y IV confirmada histológicamente sin signos de metástasis distante.-- La estrategia se basa en el principio de que pueden usarse sin riesgo algunos de los parámetros pronósticos en melanoma para dirigir terapéuticas apropiadas. Este principio proporciona una probabilidad óptima de curación mientras reduce al mínimo la morbilidad y mortalidad por el tratamiento propiamente dicho. La valoración del riesgo operatorio y tratamiento perioperatorio del paciente quirúrgico oncológico es esencial, a priori, para la inocuidad de nuestra estrategia y ha sido considerada anteriormente. (Ver figura 3) (2, e, 5, 6, 28).

Radioterapia: El papel de la radiación en el tratamiento primario del melanoma cutáneo es todavía limitado. La superioridad comprobada de la excisión quirúrgica y la capacidad de prácticamente todos los enfermos para tolerarla con anestesia local, evita el uso más frecuente de la radioterapia. Aunque rara vez usada, la radioterapia es eficaz en algunos casos debido a la radiosensibilidad relativa del melanoma. Se ha recomendado su uso para lentigo maligno y melanoma del lentigo de la cara en pacientes de edad avanzada; sin embargo, no se

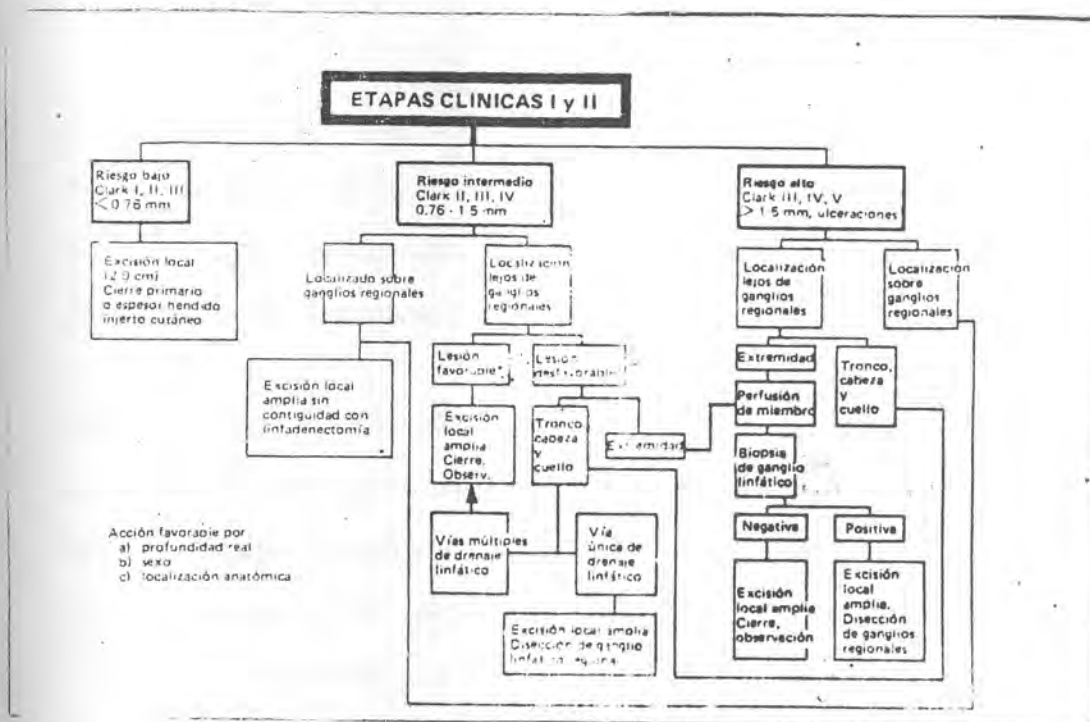


Fig. N° 3. Melanoma. Estrategia para tratamiento primario de Melanoma sin metástasis. (28).

Esta figura nos habla sobre la estrategia para tratamiento primario - del melanoma sin metástasis (etapa I y II), ésta se basa en el principio de que puedan usarse sin riesgo alguno los parámetros pronósticos en melanomas para dirigir terapéuticas apropiadas. Este principio - proporciona una probabilidad óptima de curación mientras reduce al mínimo la morbilidad y mortalidad por el tratamiento propiamente dicho.

ha comprobado la eficacia de ésta con intengo curativo en melanoma in vasor. En forma análoga, no se ha observado ventaja alguna de la radioterapia como tratamiento coadyuvante de ganglios linfáticos regionales positivos tratados por linfadenectomía. (9, 22, 28).

Inmunoterapia: La elevada frecuencia de malignidad en el huésped con deficiencia inmunitaria sugiere que los mecanismos de defensa inmunitaria desempeñan un papel importante en el control de los procesos ma lignos. La evolución natural variable del melanoma, que fluctúa desde regresión espontánea a enfermedad metastásica rápidamente progresi va, combinada con la identificación de antígenos y anticuerpos especí ficos de tumor para células de melanoma, sugieren además interacciones huésped-tumor que afectan la supervivencia y el ritmo de crecimiento de la neoplasia.

La inmunoterapia del melanoma se ha centrado en intentos para aumen tar la respuesta inmunitaria de manera no específica, y con tal fin el agente usado con más frecuencia es el bacilo de Almet-Guérin (BCG), del cual se ha demostrado que causa regresión del tumor cuando se in yecta en el interior de la lesión. Se ha desvanecido el entusiasmo i nicial por BCG como coadyuvante del tratamiento primario en vista de que resultó evasiva la confirmación de una ventaja en pacientes trata dos con BCG en ensayos prospectivos bien controlados.

Se ha informado de inmunización activa específica con células de mela

noma tratadas con neurominidasa irradiada con resultados alentadores. Es atractiva la inducción de inmunidad humoral por inmunización activa debido a los éxitos históricos de tales métodos. La inmunidad celular y humoral pasiva por el paso de linfocitos, factor de transferencia, o RNA ha brindado promesas en ensayos experimentales, pero aún se requieren investigaciones clínicas apropiadas.

Ensayos prospectivos al azar con estas nuevas modalidades de inmunoterapia definirán su papel en el tratamiento del melanoma. (9, 15, 17, 28).

K. PRONOSTICO:

El pronóstico de los pacientes con melanoma no es tan sombrío como en un tiempo se pensó. A pesar del aumento en el número absoluto de - muertos por melanoma diseminado durante los últimos años, hoy la mayo- ría de los sujetos con este tumor sobreviven cinco años o más. Esta mejoría en la supervivencia refleja un diagnóstico en una etapa bioló- gica más temprana de desarrollo cuando es menos probable que ocurra - diseminación y el melanoma primario es localizado. (4, 6, 8).

Casi toda la información pronóstica se utiliza con referencia a pa- cientes con enfermedad en etapa clínica 1, esto es, melanoma cutáneo- localizado. Los individuos con melanoma diseminado en el momento del diagnóstico-etapas clínicas II y III -suelen sucumbir a su enfermedad en término de cinco años o antes. (24). Básicamente, los factores - pronósticos para el melanoma pueden dividirse en grupos histológico y clínico:

CUADRO N° 3

PARAMETROS PRONOSTICOS HISTOLOGICOS (8)

Espesor del tumor
Nivel de invasión
Satélites microscópicos
Indice mitótico
Infiltración linfocítica
Regresión

CUADRO N° 4

PARAMETROS DE PRONOSTICO CLINICO (8, 21)

Edad
 Sexo
 Tipo clínico de melanoma
 Ulceración
 Localización anatómica
 Subsele anatómica

De éstos, los parámetros histológicos relativos al espesor del tumor y nivel de invasión son los más importantes y constituyen el fundamento sobre el cual se basan los datos de supervivencia. En un estudio hecho por Balch y colaboradores, (2, 8,30), se observó que a menor espesor del tumor mayor es la supervivencia en 5 años como se demuestra en el cuadro siguiente:

CUADRO N° 5

DATOS DE SUPERVIVENCIA PARA MELANOMA ETAPA CLINICA I

(Balch, C.M. y col. Ann. Surg. 188:732-742, 1978).

ESPESOR DEL TUMOR	NUMERO PACIENTES	SUPERVIVENCIA
		5 AÑOS
0-0.75 mm	71	100%
0.76-1.49 mm	45	66%
1.50 - 2.25 mm	32	69%
2.26-3.00 mm	19	37%
Mayor de 3.00 mm	38	23%

Casi todos los estudios en la literatura indican que cuando se enfrentan en condiciones de igualdad respecto a edad, tipo clínico de melanoma, nivel de invasión, y espesor del tumor, el pronóstico es mejor en mujeres que en hombres. (4, 6, 8).

Los pacientes jóvenes de melanoma tienden a evolucionar mejor que los de edad avanzada en condiciones similares. La presencia de ulceración (mayor de 3 mm de anchura) guarda correlación manifiesta con pronóstico más grave. lo cual probablemente refleja el hecho de que la mayor parte de los tumores que se ulceran crecen muy rápido y a menudo en una fase de crecimiento vertical y por tanto, con mayor riesgo para diseminación. En casi todas las series clínicas los melanomas nodulares suelen tener el peor pronóstico cuando se consideran como grupo; el melanoma del lentigo maligno el mejor, y los melanomas de diseminación superficial y pecosos de las extremidades un pronóstico intermedio. Los melanomas amelanóticos en general tienen también peor pronóstico que sus equivalentes pigmentados. Desde hace largo tiempo se ha reconocido que la localización anatómica influye también el pronóstico, y así, en las lesiones de las extremidades, el pronóstico es bueno, en las del tronco es peor, mientras que las situadas en cabeza y cuello se puede calificar de intermedio. La noción de subsedes anatómicas específicas de melanoma que ejercen un efecto claramente adverso sobre el pronóstico, cuando se equiparan con el espesor del tumor fue propuesta inicialmente por Day y Lew y confirmada y reforzada por Rogers y colaboradores. (8).

Indicadores pronósticos: En la actualidad, se utilizan fundamentalmente los métodos microscópicos para valorar pronóstico y guía terapéutica en pacientes con melanomas malignos: medición del espesor de la neoplasia (Breslow); y atribución a un nivel de invasión dérmica según diversos puntos de referencia histológicos (epidermis, dermis papilar, interfase dérmica reticular-papilar, dermis reticular, y grasa subcutánea). Por buen número de razones, la medición del espesor de la lesión con un micrómetro ocular es al parecer un método más exacto, es reproducible y, en gran medida, ha sustituido a los "niveles de invasión". Ambos métodos por lo general, demuestran que cuanto más profundo se extienden los melanocitos atípicos del melanoma en la dermis (o grasa) en el momento de la extirpación, es peor el pronóstico del paciente. Otro parámetros histológicos que también influyen en el pronóstico son el "índice de melanoma", esto es, el producto del espesor del tumor (mm) y el número de mitosis por milímetro cuadrado, volumen del tumor, ulceración espontánea, lesiones pedunculadas (pronóstico más grave), localización anatómica, y presencia de células plasmáticas en el infiltrado inflamatorio que acompaña a los melanomas malignos. (2, 4, 5, 6, 8).

VI.

H I P O T E S I S

1. El Melanoma Maligno es más frecuente a nivel de piel.
2. Los pacientes que generalmente padecen de Melanoma Maligno son los mayores de 40 años.
3. El melanoma maligno es más frecuente en el sexo femenino.
4. El Melanoma Maligno es más frecuente en las personas de piel -- clara, que las de piel oscura.
5. El Melanoma Maligno que tiene un espesor mayor de 1.5 mm es de peor pronóstico.
6. El tratamiento de elección del Melanoma Maligno es quirúrgico.
7. El Melanoma Maligno es más frecuente en personas cuya ocupación los obliga a permanecer más tiempo expuestos al sol.
8. El Melanoma Maligno, según la localización anatómica es más frecuente en el pie.

VII.

DEFINICION DE VARIABLES

A. VARIABLE DEPENDIENTE: Melanoma Maligno.

B. VARIABLE INDEPENDIENTE:

1. Edad: Es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico.

Los grupos de edad se identificarán en décadas, de 10-19 a 20-29, etc.

2. Procedencia: Lugar donde se encuentra residiendo el paciente: urbano y/o rural.

3. Ocupación.

4. R a z a.

5. S i g n o s.

6. S í n t o m a s.

7. Clasificación: Se clasificarán según los niveles de Clark, descritos en el Marco Teórico

8. Tratamiento: Servirá para evaluar los esquemas de tratamiento: Quirúrgico, radioterapia, inmunoterapia.

9. Se evaluarán las complicaciones y el pronóstico.

VIII.

DISEÑO METODOLÓGICO

A. Población en estudio:

Fue toda aquella atendida en los Hospitales Escuela, HGSF, IHSS de Tegucigalpa y San Pedro Sula, en el período comprendido de 1983-1987, y a la cual se le dio el diagnóstico histopatológico de melanoma maligno.

B. Muestra de estudio:

En este trabajo se tomó el total de pacientes con diagnóstico histopatológico de Melanoma maligno, desde enero de 1983 a diciembre de 1987 en los hospitales antes referidos.

C. Clase de investigación:

El estudio realizado es de tipo retrospectivo, descriptivo y comparativo.

D. Fuente de investigación:

Fue tomada de los expedientes clínicos, de los archivos de los hospitales referidos.

E. Criterios de selección del grupo estudiado:

Fueron estudiados todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de melanoma maligno, en el período comprendido de 1983 - 1987.

F. Diseño de formulario:

El instrumento de trabajo fue diseñado de tal forma, que nos --
permitiera obtener la información en una forma ordenada y com--
pleta. (Ver anexo).

G. Dificultades previas:

Probablemente la mala clasificación de la patología a estudiar
o extravío de expedientes clínicos.

IX. ANALISIS ESTADISTICO
E INTERPRETACION DE DATOS

CUADRO No. 1

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE, E INSTITUTO HON
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y-
SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983-87.

DISTRIBUCION POR LUGAR DE PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	No.DE CASOS	PORCENTAJE
El Paraíso	5	16.67
Gracias a Dios	2	6.67
Valle	2	6.67
Choluteca	3	10.00
La Paz	1	3.33
Francisco Morazán	4	13.33
Cortés	4	13.33
Atlántida	4	13.33
Olancho	1	3.33
Yoro	1	3.33
Santa Bárbara	2	6.67
Ocotepeque	1	3.33
T O T A L E S	30	100.00

EL MAYOR PORCENTAJE DE PACIENTES SE OBSERVO QUE PROCEDIAN DE DEPARTAMENTOS CON MEJORES VIAS DE COMUNICACION Y MAYOR DENSIDAD POBLACIONAL.-EL PARAISO FUE EL DE MAYOR PORCENTAJE CON 16.67%.

CUADRO No. 2

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HON
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y
SAN PEDRO SULA.

DISTRIBUCION POR HOSPITAL

H O S P I T A L	No. DE CASOS	%
Hospital Escuela	11	36.6
Hospital General San Felipe	18	60
Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa	1	3.33
Instituto Hondureño de Seguridad Social de San Pedro Sula	0	0
T O T A L	30	100

EN LOS HOSPITALES GUBERNAMENTALES SE ATENDIO EL MA
YOR NUMERO DE PACIENTES, ATENDIENDOSE LA MAYORIA -
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE, CON 18 CASOS.--
(60%).

CUADRO No. 3

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO -
HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGAL
PA Y SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE
1983-87.

DISTRIBUCION POR EDAD

GRUPO DE EDAD	No. DE CASOS	%
0 - 9	0	0.00
10 - 19	0	0.00
20 - 29	1	3.33
30 - 39	2	6.67
40 - 49	3	10.00
50 - 59	5	16.67
60 y más	19	63.33
T O T A L E S	30	100.00

EL GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO FUE EL DE LOS MAYORES DE
60 AÑOS CON UN TOTAL DE 19 PACIENTES. (63.3%).

CUADRO No. 4

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HON-
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y
SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983-
1987.

DISTRIBUCION POR RAZA

R A Z A	No. DE CASOS	%
Blanca	1	3.33
Negra	1	3.33
Mestiza	15	50.0
No Consignada	13	43.33
T O T A L	30	100.00

A LA RAZA MESTIZA LE CORRESPONDIO EL 50% DEL TOTAL DE CASOS. SE OBSERVO UN PORCENTAJE ELEVADO (43.3%) DE - PACIENTES CUYA RAZA NO ESTABA CONSIGNADA EN LOS EXPE- DIENTES.

CUADRO No. 5

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HON
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y
SAN PEDRO SULA DURANTE EL PERIODO DE 1983 -
1987.

DISTRIBUCION POR SEXO

S E X O	No. DE CASOS	%
Femenino	15	50.0
Masculino	15	50.0
T O T A L	30	100.0

EN ESTE PODEMOS OBSERVAR QUE AMBOS SEXOS FUERON A
PECTADOS POR IGUAL.

CUADRO No. 6

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983 - 1987.

RELACION DE RAZA CON SEXO

R A Z A	S E X O			
	MASCULINO		FEMENINO	
	No.DE CASOS	%	No.DE CASOS	%
Negra	1	3.33	-	-
Blanca	1	3.33	-	-
Mestiza	5	16.66	10	33.33
No Consignada	8	26.66	5	16.66
T O T A L	15	50.00	15	50.00

LA RAZA MESTIZA FUE LA MAS AFECTADA, CON UN NUMERO DE 15 CASOS (50%) DE LOS CUALES 5 CASOS (16%) PERTENECEN AL SEXO MASCULINO Y 10 CASOS (33%) AL SEXO FEMENINO.

CUADRO No. 7

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HON
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y
SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983-
1987.

DISTRIBUCION POR OCUPACION

O C U P A C I O N	No. DE CASOS	%
Oficios Domésticos	12	40.00
No Consignado	1	3.33
Agricultor/Labrador	8	26.67
Costurera	1	3.33
Vendedor de Lotería	2	6.67
Motorista	2	6.67
Comerciante	1	3.33
Enfermera	1	3.33
Operario Maquinaria	1	3.33
Vendedor Naranjas	1	3.33
T O T A L	30	100.00

OFICIOS DOMESTICOS FUE LA OCUPACION CON MAYOR INCIDENCIA
DE CASOS (12), SEGUIDO POR AGRICULTOR/LABRADOR CON 8 CA-
SOS.

CUADRO No. 8

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HON-
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y
SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983-
1987.

DISTRIBUCION POR LOCALIZACION ANATOMICA

LOCALIZACION ANATOMICA	No. DE CASOS	%
Cuero Cabelludo	1	3.33
Cara	2	6.67
Cuello	0	0.00
Tronco	4	13.33
Dedos de las Manos	1	3.33
Dedos del Pie	4	13.33
Talón	2	6.67
Planta del Pie	8	26.67
Pabellón Auricular	1	3.33
Miembro Superior	2	6.67
Miembro Inferior	4	13.33
Gluteo	1	3.33
T O T A L	30	100.00

LA PLANTA DEL PIE FUE EL SITIO DE MAYOR INCIDENCIA CON 8 CASOS (26.67%), SEGUIDO POR TRONCO, DEDOS DEL PIE Y MIEMBRO INFERIOR CON 4 CASOS RESPECTIVAMENTE.

CUADRO NO. 9

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HON
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y
SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO 1983-87.

DISTRIBUCION SEGUN NIVEL DE INVASION

NIVEL DE INVASION	No. DE CASOS	%
Etapas I	0	0.00
Etapas II	2	6.67
Etapas III	1	3.33
Etapas IV	5	16.67
Etapas V	9	30.00
No Consignado	13	43.33
T O T A L	30	100.00

EN 13 CASOS QUE CORRESPONDEN AL 43.33% DEL TOTAL DE 30 PA
CIENTES NO ESTABA CONSIGNADO EL NIVEL DE INVASION TUMORAL.
EL SIGUIENTE GRUPO MAS GRANDE EN FRECUENCIA FUE LA ETAPA V.
CON 9 CASOS (30%).

CUADRO No. 10

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HON-
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y
SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983-
1987.

DISTRIBUCION SEGUN TIPOS HISTOPATOLOGICOS

TIPOS HISTOPATOLOGICOS	No. DE CASOS	%
De Lentigo Maligno	0	0.00
Nodular	3	10.00
De Extensión Super- ficial.	2	6.67
Pecoso en Extremi- dades.	0	0.00
No Clasificado	25	83.33
T O T A L	30	100.00

LA MAYORIA DE LOS CASOS NO FUERON CLASIFICADOS HISTOPATO-
LOGICAMENTE (83.33%). EN LOS QUE FUERON CLASIFICADOS LA
MAYOR PARTE FUE DEL TIPO NODULAR CON UN PORCENTAJE DE 10%.

CUADRO No. 11

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983 - 1987.

RELACION DE METODOS DIAGNOSTICOS CON LOS HOSPITALES

METODO DIAGNOSTICO.	HOSPITALES (No, CASOS/PORSENTAJE)				TOTAL CASOS/PORCENTAJE	
	ESCUELA	SAN FELIPE	IHSS	TEGA.		
Clínico/Histopatológico.	1	9.09	17	94.44	1	100.00
Rayos X	0	0.00	1	5.56	0	0.00
Clínico Histopatológico + Rayos X.	10	90.90	0	0.00	0	0.00
T O T A L	11	100.00	18	100.00	1	100.00

TODOS LOS PACIENTES FUERON DIAGNOSTICADOS HISTOPATOLOGICAMENTE (100%), CON UN 63.33% QUE FUE CLINICO E HISTOPATOLOGICO.

CUADRO NO. 12

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA,
DURANTE EL PERIODO DE 1983 - 1987.

RELACION DE TRATAMIENTO CON NIVEL DE INVASION

TIPO DE TRATAMIENTO	ETAPA II	ETAPA III	ETAPA IV	ETAPA V	NO CONSIG.	TOTAL	PORCENTAJE
1. Sintomático				2	2	4	13.33%
2. Sintomático + Exci- sión amplia.	1		1	3	3	8	26.7%
3. Sintomático + Exicisión amplia + Linfadenecto- mía.	1	1	1	2	1	6	20.0%
4. Sintomático + Exicisión amplia + Radioterapia.					1	1	3.33%
5. Sintomático + Radio- terapia.					2	2	6.7%
6. Sintomático + Exicisión amplia + Quimioterapia			1		1	2	6.7%
7. Sintomático + Quimio- terapia.			1	1	3	5	16.66%
8. Sintomático + Linfade- nectomía + Exicisión am- plia + Quimioterapia.			1			1	3.33%
9. Sintomático + Exicisión amplia + Radioterapia + Quimioterapia						1	3.33%

LA ETAPA V FUE EL NIVEL DE INVASION MAS FRECUENTE CON 9 CASOS. EL GRUPO DE TRATAMIENTO EMPLEADO CON MAYOR FRECUENCIA FUE EL SINTOMATICO MAS EXCISION AMPLIA (8 CASOS), SEGUIDO POR EL SINTOMATICO MAS EXCISION AMPLIA MAS LINFADENECTOMIA (6 CASOS) Y EL SINTOMATICO MAS QUIMIOTERAPIA (5 CASOS).

CUADRO No. 13

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983-1987.

DISTRIBUCION POR EVOLUCION

EVOLUCION	No. DE CASOS	%
Remisión	13	43.33
Persistencia	1	3.33
Progresión del Tumor	5	16.66
Muerte	0	0.00
Abandono de Tratamiento	11	36.66
T O T A L	30	100.00

SEGUN LA EVOLUCION PRESENTARON REMISION DEL TUMOR UN - 43.33% DE LOS CASOS, CON ABANDONO DEL TRATAMIENTO DEL 36.66%. EL INDICE DE MORTALIDAD FUE DE 0%

CUADRO No. 14

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA,
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HON-
DUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y
SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983-
1987.

DISTRIBUCION POR PRONOSTICO

PRONOSTICO	No. DE CASOS	%
Bueno	17	56.67
Malo	13	43.33
T O T A L	30	100.00

UN POCO MAS DE LA MITAD (56.67%) DE LOS CASOS RESULTO CON
BUEN PRONOSTICO, LOS RESTANTES OBVIAMENTE TENIAN MAL PRO-
NOSTICO CON UN 43.33%.

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA,
DURANTE EL PERIODO DE 1983 - 1987.

RELACION DEL NIVEL DE INVASION CON LA CONDUCTA TUMORAL

CONDUCTA TUMORAL	N I V E L D E I N V A S I O N					TOTAL	%
	ETAPA II	ETAPA III	ETAPA IV	ETAPA V	NO CONSIGNADO		
PERSISTENCIA			3	3	7	13	43.33
PROGRESION			2	5	4	11	36.66
REMISION	2	1		1	2	6	20.00
T O T A L	2	1	5	9	13	30	100.00

OBSERVAMOS QUE EN EL MAYOR NUMERO DE CASOS HUBO PERSISTENCIA DEL TUMOR CON UN 43.33%, SEGUIDO DE
PROGRESION DEL TUMOR CON UN 36.66% Y 20% CON REMISION DE ESTE.

CUADRO No. 16

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA, - DURANTE EL PERIODO DE 1983 - 1987.

RELACION DEL NIVEL DE INVASION CON LA EVOLUCION DEL PACIENTE

EVOLUCION DEL PACIENTE	N I V E L D E I N V A S I O N						TOTAL	%
	ETAPA II	ETAPA III	ETAPA IV	ETAPA V	NO CONSIGNADO			
SIN ACTIVIDAD TUMORAL	2	1	3	1	2		9	30.0
ABANDONO DE TRATAMIENTO			1	5	10		16	53.33
MUERTE			1	3	1		5	16.66
T O T A L	2	1	5	9	13		30	100.8

EL 53.33% DE LOS PACIENTES ABANDONARON EL TRATAMIENTO, CURSANDO SIN ACTIVIDAD TUMORAL EL 30% Y SE OBSERVO UNA MORTALIDAD DEL 16.66%.

MELANOMA MALIGNO EN LOS HOSPITALES ESCUELA, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA, DURANTE EL PERIODO DE 1983 - 1987.

RELACION DEL NIVEL DE INVASION CON LA EVOLUCION

DEL PACIENTE.

NIVEL DE INVASION		EVOLUCION DEL PACIENTE					T O T A L	
	SIN ACTIV. TUMORAL # CASOS	%	ABANDONO TRAT. # CASOS	%	MUERTE # CASOS	%	# CASOS	%
ETAPA II	2	100%					2	100%
ETAPA III	1	100%					1	100%
ETAPA IV	3	60%	1	20%	1	20%	5	100%
ETAPA V	1	11%	5	56%	3	33%	9	100%
NO CONSIGNADO	2	15%	10	77%	1	8%	13	100%

LOS PACIENTES CON MAYOR EVOLUCION CORRESPONDIERON A LA ETAPA II Y III, YA QUE EN AMBOS EL 100% NO PRESENTABAN ACTIVIDAD TUMORAL, SEGUIDOS POR LA ETAPA IV CON 60% SIN ACTIVIDAD TUMORAL. LA ETAPA CON PEOR EVOLUCION FUE LA V YA QUE SOLAMENTE 11% NO PRESENTABAN ACTIVIDAD TUMORAL.

X. D I S C U S I O N

La población total estudiada en los Hospitales Escuela, Hospital General San Felipe e Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa y San Pedro Sula de Enero de 1983 a Diciembre de 1987 fue de 30 casos.

En nuestro estudio fue utilizado todo el universo debido a la poca cantidad de casos encontrados.

Se observó que la mayor parte de los pacientes procedían de lugares cercanos a hospitales regionales, viéndose que El Paraíso fue el lugar con el más alto porcentaje de casos (16.67% seguidos por Francisco Morazán, Cortés y Atlántida, con igual porcentaje cada uno (13.33%). (Cuadro No. 1).

En el Hospital General San Felipe se atendió a la mayoría de los casos con un 60%, debido a que este hospital es especializado en pacientes oncológicos. (Cuadro No. 2).

Del 100% de los pacientes estudiados como era de esperarse, el 90% de estos se concentró en las edades comprendidas entre los 40 años en adelante, habiendo un mayor porcentaje en los pacientes de 60 años y más (63.33%), corroborando de esta forma los datos estadísticos de la literatura mundial. (11, 16, 18, 22). (Cuadro No. 3).

De los 30 casos estudiados, la raza mestiza fue la que pre--

sentó la incidencia más alta (50%), al contrario de la blanca con un 3.33%. En el 43.33 de los pacientes (13) no se consignó la raza del paciente. (Cuadro No. 4 y 6).

En relación al sexo tanto femenino como masculino, fueron afectados por igual con un 50% cada uno. En 8 pacientes femeninas y 5 masculinos no estaba consignada la raza en el expediente. (Cuadros No. 5 y 6).

La ocupación con mayor incidencia de casos fue la de oficios domésticos con 40% del total de casos. El segundo lugar lo ocuparon los agricultores/labradores con un 26.67%. En uno de los casos no estaba consignada la ocupación del paciente.

Según la localización anatómica, la planta del pie fue el sitio más afectado con 26.67%, teniendo el tronco, dedos del pie y miembro inferior 13.33% respectivamente. (Cuadro No. 7).

Al 100% de los casos estudiados se les realizó diagnóstico histopatológico. La etapa según Clarck no fue consignada en la mayoría de los casos (43.33%) y el tipo histológico no fue clasificado en un 83.33%. (Cuadros No. 9, 10, 11).

Todos los pacientes recibieron tratamiento sintomático (100%), seguido por sintomático más excisión amplia con un 26.7% (Etapa II, IV, V y no consignado). Aunque en el 50% de los casos el nivel de invasión no fue consignado; pero si el tratamiento recibido por estos. (Cuadro No. 12).

El 43.33% de los casos presentaron remisión tumoral. En un 16.66% hubo progresión del tumor y 36.66% abandonaron el tratamiento. (Cuadro No. 13).

En la mayoría de los casos (43.33%) se observó persistencia tumoral en el 36.66% el tumor progresó y la remisión solamente se presentó en el 20% de los pacientes. (Cuadro No. 15).

De los 30 casos, 16 (53.33%) abandonaron el tratamiento, se observó una mortalidad del 16.66% y cursaron sin actividad tumoral el 30%. (Cuadro No. 16).

En nuestro estudio no hubo ninguna complicación post-tratamiento, ya que este fue en su mayoría sintomático y quirúrgico.- (Excisión del tumor).

XI. CONCLUSIONES

1. La piel fue el sitio de localización de Melanoma Maligno en todos los casos atendidos de 1982 - 1987 en los Hospitales Escuela, Hospital General San Felipe e Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa y San Pedro Sula, que comprenden nuestro estudio.
2. Los pacientes más afectados por Melanoma Maligno fueron los pacientes mayores de 40 años.
3. En nuestro estudio el Melanoma Maligno afectó a ambos sexos por igual.
4. La raza con mayor incidencia de Melanoma Maligno fue la mestiza. Sin embargo, se observó un alto índice de casos en los cuales no fue consignada la raza.
5. El grupo de pacientes que resultó con peor pronóstico en nuestro estudio fueron los de la etapa IV y V, los que corresponden a un espesor igual o mayor de 1.5 mm.
6. Todos los pacientes estudiados recibieron tratamiento sintomático y la mayoría también recibió tratamiento quirúrgico simultáneamente.
7. La ocupación con mayor incidencia de Melanoma Maligno

- fue la doméstica seguida por agricultor/labrador.
8. La planta del pie fue la región anatómica más afectada por el Melanoma Maligno, seguido por dedos del pie, - miembro inferior y tronco con la misma incidencia.
 9. El lugar de procedencia con mayor incidencia de casos fue El Paraíso, seguido de Francisco Morazán, Cortés y Atlántida con igual incidencia los tres.
 10. En la mayor parte de los pacientes no se clasificó el tipo histopatológico, pero dentro de los clasificados el de mayor incidencia fue el del tipo nodular.
 11. La etapa V fue el nivel de invasión más frecuente, seguido por la etapa IV aunque en una gran cantidad de - pacientes no estaba consignado dicho nivel.
 12. El método diagnóstico más utilizado fue el histopatológico, seguido por el clínico más histopatológico combinado.
 13. El pronóstico fue bueno para la etapa II y III y mala para la etapa IV y V.

RECOMENDACIONES

1. Informar y educar a la población en general a través de programas de salud, sobre lo que es el Melanoma Maligno y la importancia de su diagnóstico temprano.
2. Crear conciencia al Médico General y estudiantes de medicina que al elaborar las Historias Clínicas consignar todos los datos generales como raza, que es de importancia para estudios como el nuestro.
3. Pedirles a los patólogos que consignen el nivel de invasión y el tipo histopatológico en la hoja de patología que viene adjunta al expediente.
4. Crear un Servicio de Apoyo Psicológico para que los pacientes con la enfermedad puedan aceptarla y manejarla.
5. Crear conciencia en los pacientes de la importancia de continuar el tratamiento y las evaluaciones respectivas.
6. Tratar de equipar los hospitales regionales para que los pacientes puedan recibir tratamiento en esos y no tener que desplazarse hasta Tegucigalpa.

1. Allegra, J. et al. "Terapéutica sistémica del Melano Maligno".-
Clínicas Médicas de Norte América: 70 (1): 91-96. Enero 1985.
2. Balch, Ch. et al. "A multifactorial analysis of melanoma".--
Ann. Surg., 188: 732-742, Dic. 1978.
3. Bland, K. et al. "Isolated regional lymph node dissection" .-
Ann. Surg., 193: 372-376, marzo 1981.
4. Breslow, A. "Thickness, Cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma" Ann. Surg., 172 (5): 902-908, nov. 1970.
5. Breslow A. et al. "Optimal size of resection margin for thin cutaneous melanoma". Surg Ginecol Obstet., 145: 691-692, nov. 1977.
6. Breslow. A. "Tumor Thickness; Level of Invasion and Node Dissection in Stage I Cutaneous Melanoma". Ann. Surg., 172: 902-908, nov. 1970.
7. Bowsher, W.G. et al. "Morbidity, mortality and local recurrence following regional node dissection for melanoma. Br. J. Surg., 73: 906-908, nov. 1986.

8. Chanda, J. "Reconocimiento clínico y factores pronósticos del - melanoma primario". Clínicas Médicas de Norte América: 70 (1): 39-56, enero 1986.
9. Domonkos, A. Tratado de dermatología; Editorial Salvar S.A., - Segunda edición. 1982, pag. 878-883.
10. Duray, P. "Dysplastic nevus in histologic contiguity with acqui- red nonfamilial melanoma". Arch Dermatol; 123: 80-84, Jan. 1987.
11. Graham, S. et al. "An inquiry into the epidemiology of melanoma". An J. Epidemiol. 122 (4): 606-619, oct. 1985.
12. Hughes, L. E. et al. "Malignant melanoma of the hand and foot: diagnosis and management". Cardiff C F 4. Vo. K. Br. J. Surg. - 72(10): 811-815; oct. 1985.
13. Illig, L. et al. "Congenital nevi menor o igual a 10 cms. as - precursors to melanoma" Arch Dermatol. 121(10): 1274-1281, oct. 1985.
14. Kane, M. et al. "Frecuency of occult residual melanoma after - excision of a clinically positive regional lymph node "Ann Surg. 205(1):99-90, enero 1987.
15. Maeda, Kazuo and J. Kowich. "Development of MoAb HMSA-2 for Me- lanosomes of Human Melanoma and Its Aplication to Immunohisto- patologic Diagnosis of Neoplastic Melanocytes". Cáncer, August, 1987; 59: 415-423.

16. Parrish, J. - Dermatología, Editorial El Manual Moderno, Primera edición, 1978, pags. 223-229.
17. Pier, G. et al. "Immunohistochemical detection of antigen in -- human primary and metastatic melanomas by the monoclonal antibody 140.240 and its possible prognostic significance. Cáncer.-- 59: 55-63, June 1987.
18. Regato, J.- "Malignant melanomas", Ackerman and cel Regato's - cáncer, Editorial Mosby. St. Louis, Fifth edition. 1977 pags. 208-221.
19. Reintgen, D. et al. "Malignant melanoma in black, american and White american populations". JAMA, 248(5): 1856-1859, oct. 1982.
20. Rhodes, A. "Precursores melanocíticos del melanoma maligno: - riesgos estimados y criterios de tratamiento". Clínicas Médicas de Norte América. 70(1): 3-38; enero 1986.
21. Rogers, G.S. "Effect of Anatomical Location on Prognosis in -- Patients with Clinical Stage Melanoma". Arch Dermatol., 119: 644-648 agosto 1983.
22. Saul, A., Lecciones de dermatología; editorial Méndez, décima - edición. México, D.F. 1986. Pags. 583-592.
23. Storm, K. et al, "Value of therapeutic hiperthermic limb perfusion in advanced recurrent melanoma of the lower extremity".--

Am. J. Surg. Vol 150 (1), 32-35, julio 1985.

24. Temoshok, L. et al. "Factors related to patient delay in seeking medical attention for cutaneous malignant melanoma" Cancer; 54: 3048-3053; nov. 1984.
25. Wagner, D. et al. "Primary melanoma: Pitfalls in diagnostic - biopsy techniques and interpretations"., Am. j. surg. 148-99-102, july 1984.
26. Wande, T. et al. "Histología del Melanoma maligno. "Clínicas médicas de Norte América. 70(1): 57-72; enero 1986.
27. Weinhaus, R. et al. Prognostic factor study of survival after enucleation for juxtapapillary melanomas". Arch ophtalmol.; 103: 1673-1677. Nov. 1985.
28. White, M. "Terapéutica del melanoma cutáneo primario". Clínicas Médicas de Norte América; 70(1): 73-90; enero 1986.

A N E X O S

ENCUESTA

I. DATOS GENERALES.

1. N° de expediente
2. Hospital:
 - a. Hospital Escuela
 - b. Hospital General San Felipe
 - c. Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa.
 - d. Instituto Hondureño de Seguridad Social de San Pedro Sula.
3. Edad (años)

a. 0 - 9	e. 40 - 49
b. 10 - 19	f. 50 - 59
c. 20 - 29	g. 60 y más
d. 30 - 39	
4. Sexo
 - a. Masculino
 - b. Femenino
5. Raza
 - a. Blanca
 - b. Negra
 - c. Mestiza
 - d. No consignada.

6. Ocupación.
7. Lugar de Procedencia.
8. Fecha de ingreso
9. Fecha de egreso.

II. DATOS DE LA ENFERMEDAD

1. Edad de inicio de los síntomas-
2. Intervalo entre la sintomatología y la primera consulta.
 - a. Días
 - b. Semanas
 - c. Meses
 - d. Años.
3. Localización anatómica del tumor primario.
4. Síntoma principal.
5. Signos y síntomas encontrados.
6. Antecedentes familiares de Melanoma Maligno.
 - a. Si
 - b. No
7. Otros antecedentes de importancia.
 - a. Nebos
 - b. Exposición solar
 - c. Color de ojos
 - d. Color de cabello.
 - e. Verrugas o callos (sujetos a irritación crónica)

- f. No consignados.
 - g. Trauma.
 - h. No hay antecedente.
8. Tipo de tumor.
- a. Melanoma de Lentigo Maligno
 - b. Melanoma Nodular.
 - c. Melanoma de extensión superficial.
 - d. Melanoma Maligno pecoso de las extremidades.
 - e. No clasificado.
 - f. No consignado.
9. Etapa (nivel) de infiltración del tumor.
- a. I
 - b. II
 - c. III
 - d. IV
 - e. V
 - f. No consignado.
10. Métodos diagnósticos
- a. Clínico.
 - b. Histopatológico (biopsia)
 - c. Rayos X
 - d. Otros
 - e. Todos los anteriores.

11. Tratamiento

- A. Médico
- B. Quirúrgico
 - a. Excisión amplia.
 - b. Linfadenectomía.
 - c. Linfadenectomía + ó excisión amplia
- C. Radioterapia
- D. Inmunoterapia.
- E. Quimioterapia.
- F. Otros.

12. Complicación del tratamiento.

Si

No

No consignado

13. Evolución de la enfermedad pendiente y post-tratamiento.

- A. Remisión
- B. Persistencia
- C. Recurrencia
- D. Muerte
- E. Deserción

14. Pronóstico

- a. Bueno
- b. Malo