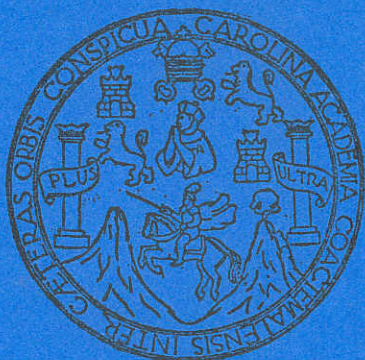


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Revisión de 75 casos de Melanomas en 17 años (de 1956 a 1973) Recolectados en Oncología "B" del Hospital General San Juan de Dios, Instituto de Cancerología y dos clínicas privadas.

TESIS

EDGAR ANTONIO FIGUEROA MUÑOZ

Guatemala, Junio de 1974.

PLAN DE TESIS

- I. GENERALIDADES
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIALES Y METODOS
- IV. DATOS OBTENIDOS
- V. DISCUSION Y RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

GENERALIDADES

El melanoma es un tumor maligno, pigmentado, que se origina de un grupo de células névicas activas y mitóticas. Su sitio mas frecuente es la piel en cualquier parte del cuerpo, pero, puede encontrarse en otros lugares donde normalmente hay melanocitos como son: La Coroides en el ojo, las meninges y lecho subungueal. Además tenemos conocimiento de lugares atípicos como son el esófago y el cérvix.

Su lugar de mayor frecuencia es en las extremidades, sobre todo en las plantas de los pies, donde es muy frecuente observar manchas pigmentadas.

El origen del melanoma ha sido motivo de discusión entre los patólogos, pero actualmente la teoría más aceptada es su origen ectodérmico, por lo cual debe denominarsele melanocarcinoma.

Otro punto de controversia es sobre si se origina en un nevus benigno pre-existente o si ya desde el inicio este nevus contiene melanocitos activos.

Existe un tipo de melanoma sin pigmento llamado "Melanoma Amelanótico", que puede confundirse histológicamente con un carcinoma escamoso muy indiferenciado, o con un sarcoma muy atípico y muy celular.

Otras formas de melanoma maligno son el llamado "Léntigo Maligno y el Melanoma en Pecas", ambas formas se consideran menos agresivas y tienen mejor pronóstico.

Una lesión que debe de ser mencionada es el llamado "Melanoma Juvenil", designado así por G. T. Pack, quien coleccionó un grupo grande de pacientes, que oscilaban entre los 3 y los 12 años de edad. Histológicamente se le confundía con el melanoma maligno, pero desde el trabajo de Ackerman y colaboradores, las diferencias histológicas entre estas dos neoplasmas son en la actualidad bien definidas. El

melanoma juvenil es siempre benigno y no se ha comprobado degeneración a melanoma maligno. Esta situación clínica hace que toda lesión pigmentada en un niño deba de ser extirpada con márgenes amplios de piel sana.

El nevus azul es otra lesión que puede confundirse con el melanoma. Tiene la característica de ser sub-epidérmica, presentando ausencia de pelos y un fuerte pigmento con coloración ligeramente azulada, de donde se deriva su nombre. Su lugar más frecuente son las regiones gluteas y el dorso de las manos, pero, pueden aparecer en cualquier otro lugar. La excisión amplia y completa es el tratamiento de elección con carácter curativo, ya que ocasionalmente se han reportado casos de nevus azul que dan metástasis.

El melanoma puede ser un hallazgo incidental en un nevus extirpado como tal. Pero, en nuestro medio los casos de melanoma observados se presentaron como grandes masas ulceradas, fungoides, altamente vascularizadas y de un color negro intenso, rodeadas de un halo de color café claro u oscuro y si se observa cuidadosamente dicho halo tiene bordes irregulares debido a extensión en el tejido adyacente en forma de digitaciones sub-epidérmicas.

Otro hallazgo clínico que hace en la mayoría de casos fácil su diagnóstico es el hecho de que estos tumores pronto dan metástasis a las áreas ganglionares de la región, encontrándose además nódulos satélites, entendiéndose como tales, implantes escalonados que se suceden a lo largo de los vasos linfáticos de la red superficial entre el melanoma primario y el paquete ganglionar regional de drenaje.

Cuándo clínicamente no se puede hacer el diagnóstico con seguridad, se tiene que recurrir necesariamente a la biopsia, la que algunas veces se ha mencionado que es peligrosa y contraindicada; sin embargo Ackerman dice: que una biopsia en un melanoma debe hacerse siempre con bisturí, con cortes netos, sin usar pinzas y que nunca debe cauterizarse el lugar de la biopsia, ya que esto puede agravar el pronóstico. Desde luego en los casos sospechosos si es posible excisión amplia y

completa, esta debe ser practicada, siempre y cuando no produzca defecto funcional o deformidad.

Siempre debe de considerarse en el diagnóstico diferencial del melanoma otras lesiones que se pueden confundir con este neoplasma, tales como:

- A) El carcinoma basocelular pigmentado (que es muy frecuente en nuestro medio), que tiene evolución muy lenta y puede ser facilmente tratado.
- B) Las queratosis seniles o actínicas oscuras.
- C) Los nevus papilomatosos (queratosis seborreicas).
- D) El angioqueratoma de Mibelli.
- E) El granuloma piogénico, principalmente periungueales en los pies.
- F) Algunas verrugas pigmentadas.

En la mayoría de las lesiones anteriormente mencionadas se puede hacer excisión completa de la misma para su diagnóstico histológico.

La evolución natural del melanoma es variable y no se puede predecir su comportamiento, ya que hemos visto grandes melanomas, en los cuales el paciente ha rehusado tratamiento médico y que sobreviven durante varios años y otros de menor tamaño que tienen una gran agresividad y una evolución fulminante, dando sus metástasis a todos los órganos de la economía en forma temprana, es en estos casos en donde se observan las hepatomegalías mas grandes y rápidas, así como en la piel puede observarse un salpicado negro en todo el cuerpo lo que ha hecho denominarsele "La Muerte Negra".

Es también importante mencionar que de todos los neoplasmas malignos es en los melanomas donde mas regresiones espontaneas se han

observado y que se supone son producidas por un mecanismo de autoinmunización del paciente. Personalmente nunca hemos visto ni tenemos conocimiento que haya sucedido esto en nuestro medio.

Además debemos de llamar la atención sobre otro fenómeno interesante observado en este neoplasma, es el hecho de que entre la extirpación del tumor primario y el apareamiento de metástasis viscerales tardías pueden transcurrir hasta 8 y 10 años.

Debe de hacerse énfasis de que un tratamiento inadecuado de este tumor acelera su crecimiento y favorece su diseminación, tales son los casos tratados por pedicuristas con simple raspados "de callos" que en realidad son verdaderos melanomas.

HISTOLOGIA

El diagnóstico histológico de melanoma maligno, generalmente no presenta grandes problemas. Pero, cuando no coexisten todos sus caracteres, algunos anatomopatólogos pueden interpretar el corte de distinta manera en los que se refiere a su malignidad o su benignidad.

El melanoma maligno invasivo muestra actividad de unión considerable e irregular, observando columnas de células neoplásicas que se extienden a partir de la unión dermoepidérmica dentro de la dermis en una distancia variable, en la parte inferior de la epidermis se encuentran células névicas atípicas aisladas o en grupos irregulares en formas, y tamaño.

Las células tumorales también invaden la epidermis en forma tal que esta puede desintegrarse y ulcerarse. Asociado con las células neoplásicas névicas que invaden la dermis, la epidermis puede mostrar una proliferación irregular de los clavos o "Rete Pegs".

Además es común encontrar imágenes mitóticas en cantidad moderada, anaplasia e infiltración inflamatoria. Pueden presentarse células gigantes multinucleadas tumorales y de forma inusitada. Si hay muchas imágenes mitóticas, anaplasia y melanina, el diagnóstico

se facilita.

En algunos tumores las células no tienen pigmento y son muy anaplásticas, por lo cual es muy difícil diferenciarlas de otro cáncer anaplástico de crecimiento rápido.

La invasión de vasos linfáticos o sanguíneos apreciada en el estudio histológico es un signo de pronóstico grave.

En el llamado "Melanoma Juvenil" el cuadro histológico es similar al de un nevus compuesto con actividad de unión marcada. Los anteriormente descritos en niños o adultos jóvenes con este nombre, que han dado metástasis, han sido melanomas desde el principio.

TRATAMIENTO:

El tratamiento del melanoma es exclusivamente quirúrgico y debe de ser efectuado, siempre que se pueda, de manera radical, este es llevando a cabo una resección amplia del tumor primario, de sus áreas ganglionares y de las redes linfáticas intermedias, lo que implica muchas veces efectuar grandes resecciones de las extremidades, tales como desarticulaciones, hemipelvectomias etc.

Estas técnicas que en verdad son las únicas curativas, por su gran defecto físico que dejan, son a menudo rechazadas por los pacientes; por lo que últimamente se ha modificado esta tendencia, y ya G. T. Pack mencionaba hace 20 años la excisión del tumor primario, grandes resecciones de piel y tejido celular subcutáneo a lo largo de la extremidad afectada y las áreas ganglionares. Con recubrimiento de las áreas desnudas con injertos de piel.

Con respecto a la disección profiláctica de los ganglios regionales también hay controversia, y algunos autores aconsejan hacerlo únicamente cuando los ganglios son palpables. Ellos basan esta idea en 2 hechos importantes que son: 1. - El efecto inmunológico que ya está comprobado presentan los ganglios, y 2. - Que las metástasis en tránsito que se sueltan al tiempo de la excisión del primario tardan

aproximadamente 15 días en llegar a los gánglios (KUNKER).

En los últimos años nosotros hemos seguido la técnica no tan radical como las desarticulaciones de miembros y únicamente hacemos cirugía radical cuando no conlleva gran defecto físico. Además se ve condicionada a las oportunidades de sobrevivencia del paciente.

Nunca olvidar que cuando se va a hacer un gran procedimiento quirúrgico en las extremidades inferiores, se debe efectuar una laparotomía exploradora cuidadosa, sobre todo del hígado, ya que la presencia intra-abdominal de enfermedad contraindica cualquier procedimiento de cirugía radical. Y si es posible se debe hacer una linfangiografía previa.

La radioterapia no tiene lugar en el tratamiento del melanoma, aunque, se ha usado como paliativo a dosis necrotizantes.

La quimioterapia si tiene un lugar definitivo en el tratamiento paliativo de las lesiones extensas, siempre en forma de perfusión intra-arterial a la región afectada. Nosotros lo hemos usado y hemos visto ligeras mejorías de corta duración. El medicamento mas aconsejado es el Metotrexato. La administración sistémica de quimioterápicos no está indicada.

En los últimos 6 años se ha venido usando la vacuna B.C.G. con la idea de estimular el mecanismo inmunológico y defensivo del paciente. Este procedimiento lo hemos usado y observado sus grandes beneficios paliativos. Su modo de empleo puede ser: subcutaneo sistémico, por perfusión intra-arterial a la región afectada e intratumoral.

PRONOSTICO

El pronóstico en pacientes con melanoma siempre es grave, ya que su modo de evolución es incierto.

La positividad o negatividad de los ganglios regionales es un factor determinante en el pronóstico, ya que con ganglios positivos los 5 años de sobrevida son del 5 por ciento y con ganglios negativos tienen una sobrevida a los 5 años hasta del 25 por ciento.

También influyen en el pronóstico las manipulaciones impertinentes del tumor primario y la precocidad con que se hace el diagnóstico para prevenir las metástasis a ganglios y a distancia.

El Melanoma en Pecas y el Lentigo Maligno son lo que tienen el mejor pronóstico.

OBJETIVOS

- Conocer la epidemiología del Melanoma en Guatemala, de ma
nera parcial.
- Conocer el porcentaje de casos confirmados histológicamente.
- Conocer el porcentaje de casos confirmados clínicamente.
- Conocer los tratamientos efectuados.
- Resultados de tratamientos efectuados y sobrevida.
- Recomendaciones para no pasar desapercibida una lesión tan
grave que fácilmente se confunde con una benigna.
- Recomendaciones para una mayor efectividad terapéutica.

MATERIALES Y METODOS

La Oncología "B" funcionó en el Hospital General de 1956 a 1968, con capacidad para 32 camas, como una sección de este centro Hospitalario.

El Instituto de Cancerología de Guatemala es una institución semi-privada, con funcionamiento específico para tratar problemas de cáncer en la República. Tiene una capacidad de 92 camas, 71 para la sección de mujeres y 21 para la de hombres, dando sus servicios a pacientes de consulta externa y a los hospitalizados.

Se procedió a revisar 45,000 papeletas, entre el archivo del Instituto de Cancerología, el de la Oncología "B" del Hospital General y los records clínicos de 2 clínicas privadas. Todos basados en la clasificación internacional de enfermedades.

Se revisaron 17 años comprendidos de 1956 a 1973, recopilándose un total de 75 casos para su estudio.

Para llegar a la información de el estado de salud de cada paciente que por distintas razones se desconocía, se procedió a enviar telegramas a estas personas pidiendo se nos comunicara sobre este último parámetro, se recibió contestación en algunos de los casos, en otros nó, siendo considerados estos como pacientes perdidos. Además también se llevaron a cabo visitas domiciliarias siempre con el mismo objetivo; de las dos maneras se presentó el problema de que el paciente ya no residía en esa dirección o simplemente la había dado falsa.

Se analizaron los parámetros siguientes:

- Datos generales: Registro médico, edad, sexo, grupo étnico, fecha de consulta, procedencia.
- Localización de la lesión.
- Tiempo de evolución desde la primer molestia hasta la consulta médica.

- Características de la lesión.
- Informes de Anatomía Patológica.
- Tratamientos efectuados.
- Morbimortalidad.
- Sobrevida.
- Complicaciones
- Causas de muerte
- Pacientes controlados después de tratamiento por consulta externa.

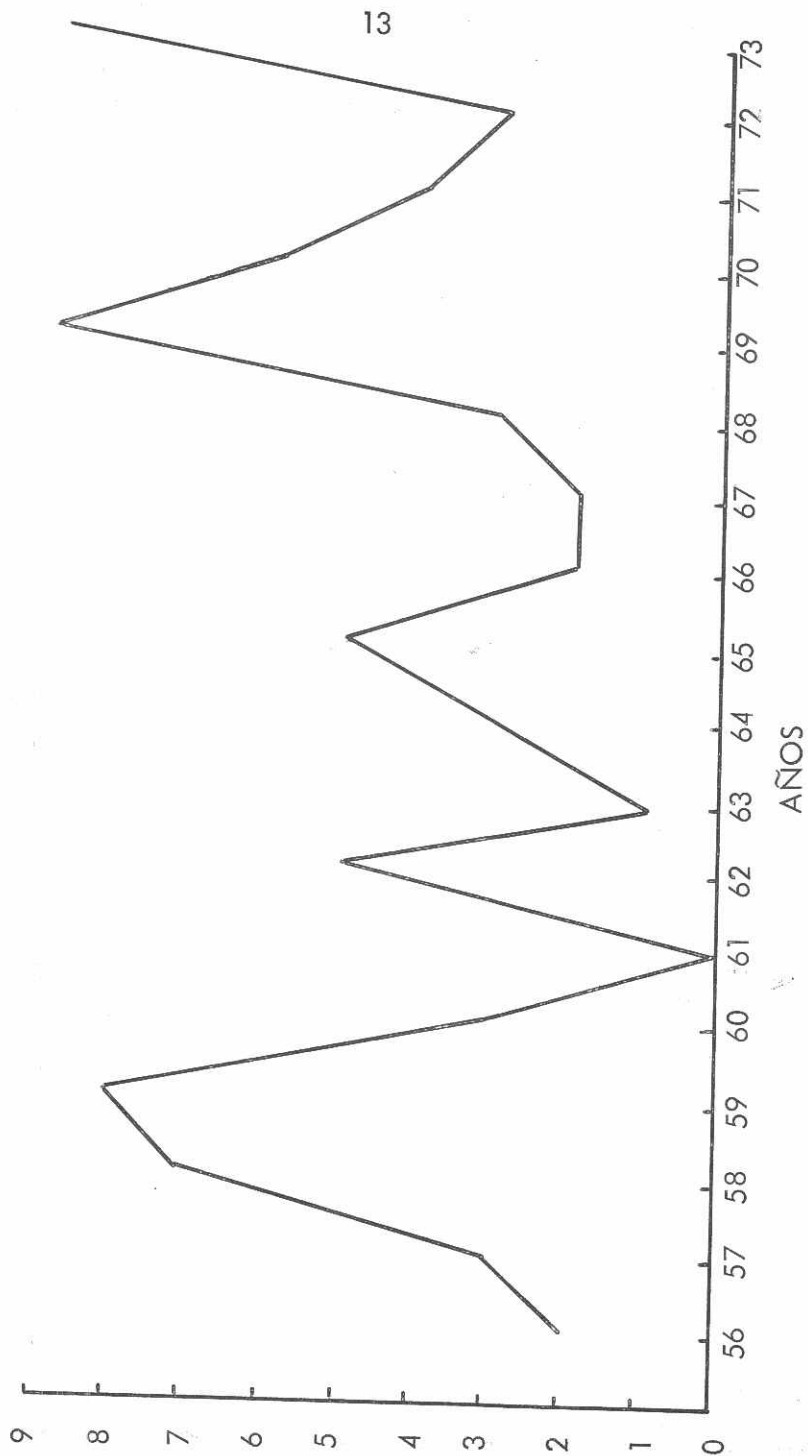
El método usado fué inductivo-deductivo, partiendo de la existencia de melanoma de los casos en estudio y análisis retrospectivo de todos los casos vistos durante el período anteriormente señalado.

Además se hizo uso de las bibliotecas de el Instituto de Cancerología y la de la Facultad de Ciencias Médicas.

PRESENTACION DE LOS DATOS OBTENIDOS

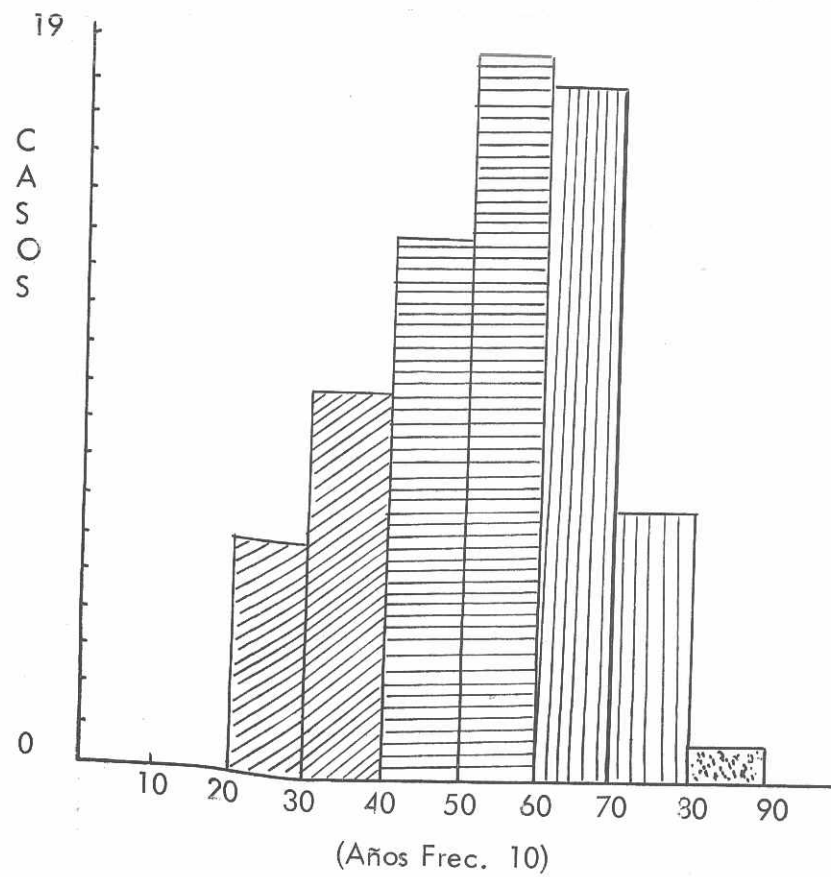
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS ENCONTRADOS POR CADA
AÑO DE ESTUDIO:

AÑO	CASOS	PORCENTAJE
1956	2	2.66%
1957	3	4.00%
1958	7	9.33%
1959	8	10.66%
1960	3	4.00%
1961	0	0.00%
1962	5	6.66%
1963	1	1.33%
1964	3	4.00%
1965	5	6.66%
1966	2	2.66%
1967	2	2.66%
1968	3	4.00%
1969	9	12.00%
1970	6	8.00%
1971	4	5.33%
1972	3	4.00%
1973	9	12.00%



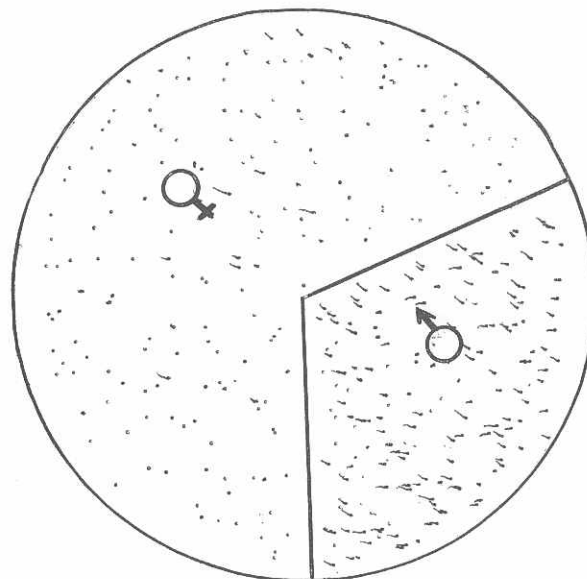
LA CONSULTA, AGRUPADOS EN FRECUENCIAS DE 10:

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
0 a 10	0	0.00%
11 a 20	0	0.00%
21 a 30	6	8.00%
31 a 40	10	13.33%
41 a 50	14	18.66%
51 a 60	19	25.33%
61 a 70	18	24.00%
71 a 80	7	9.33%
81 a 90	1	1.33%



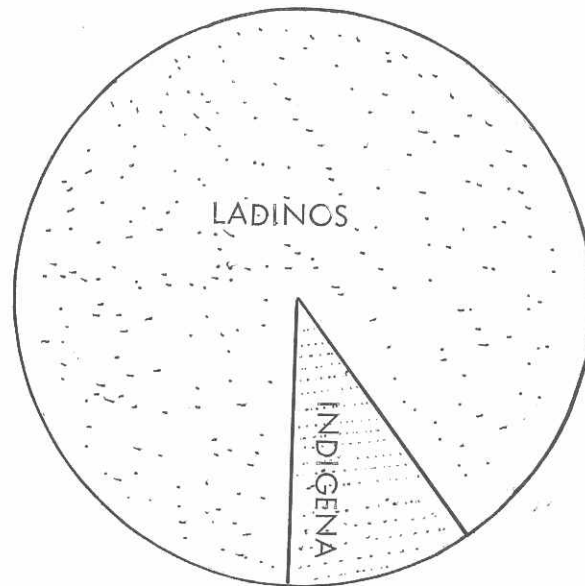
TOTAL DE CASOS AGRUPADOS POR SEXO:

Sexo Masculino 24 casos 32%
Sexo Femenino 51 casos 68%



TOTAL DE CASOS AGRUPADOS POR GRUPOS ETNICOS

Indígenas	12 casos	12%
Ladinos	66 casos	88%

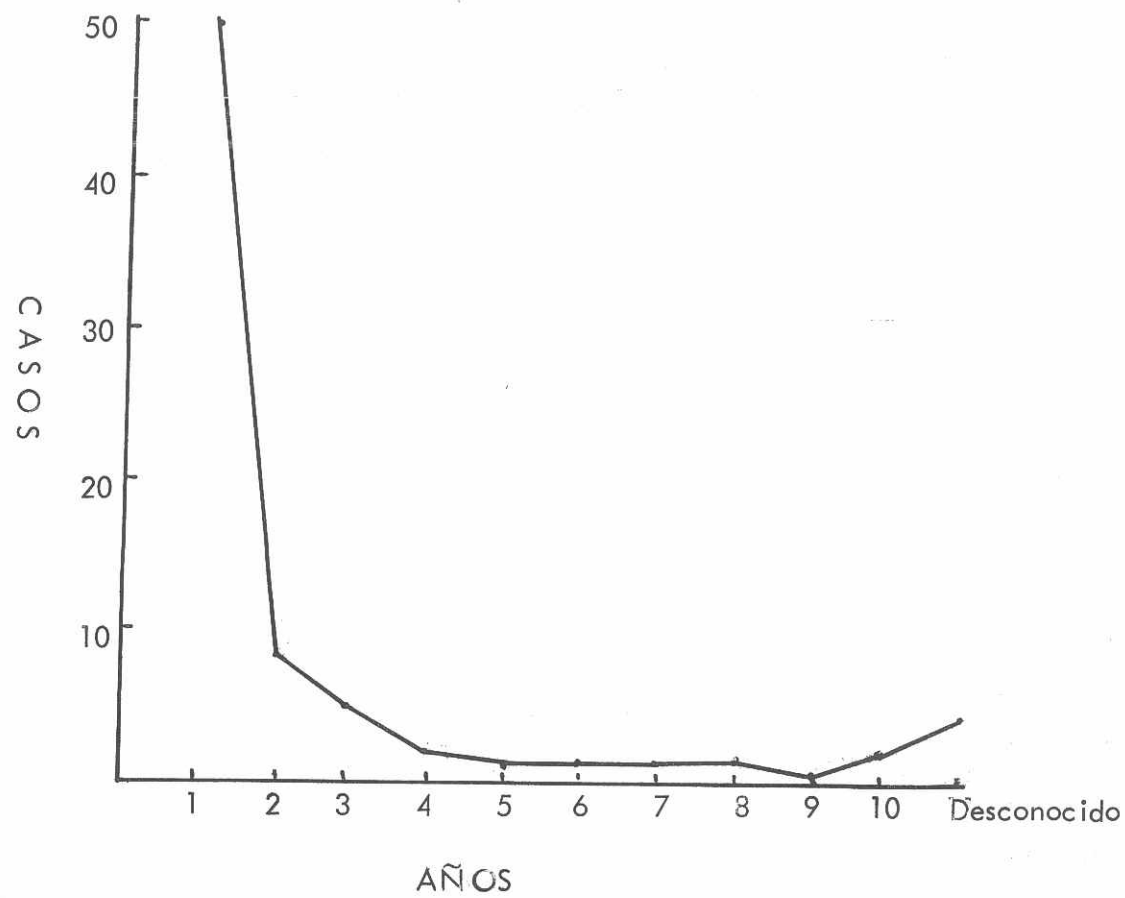


TOTAL DE CASOS AGRUPADOS POR LOS DEPARTAMENTOS DE LA
REPUBLICA DE LOS CUALES PROCEDIAN LOS PACIENTES

Guatemala -----	25 casos -----	33.33%
Chimaltenango -----	6 casos -----	8.00%
Escuintla -----	6 casos -----	8.00%
Quetzaltenango -----	6 casos -----	8.00%
San Marcos -----	5 casos -----	6.66%
Jutiapa -----	4 casos -----	5.33%
Jalapa -----	3 casos -----	4.00%
Progreso -----	3 casos -----	4.00%
Santa Rosa -----	3 casos -----	4.00%
Zacapa -----	3 casos -----	4.00%
Baja Verapaz -----	2 casos -----	2.66%
Huehuetenango -----	2 casos -----	2.66%
Alta Verapaz -----	1 caso -----	1.33%
Chiquimula -----	1 caso -----	1.33%
Izabal -----	1 caso -----	1.33%
Peten -----	1 caso -----	1.33%
Quiché -----	1 caso -----	1.33%
Retalhuleu -----	1 caso -----	1.33%
Sacatepequez -----	1 caso -----	1.33%

QUE SE INICIARON LAS MOLESTIAS, HASTA EL MOMENTO DE LA CONSULTA MEDICA.

ANTES DE:	CASOS	PORCENTAJE
1 año	50	66.66%
2 años	8	10.66%
3 años	5	6.66%
4 años	2	2.66%
5 años	1	1.33%
6 años	1	1.33%
7 años	1	1.33%
8 años	1	1.33%
9 años	0	0.00%
10 años	2	2.66%
Evolución desconocida	4	5.33%



DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR EL SITIO DE LOCALIZACION
DE LA LESION:

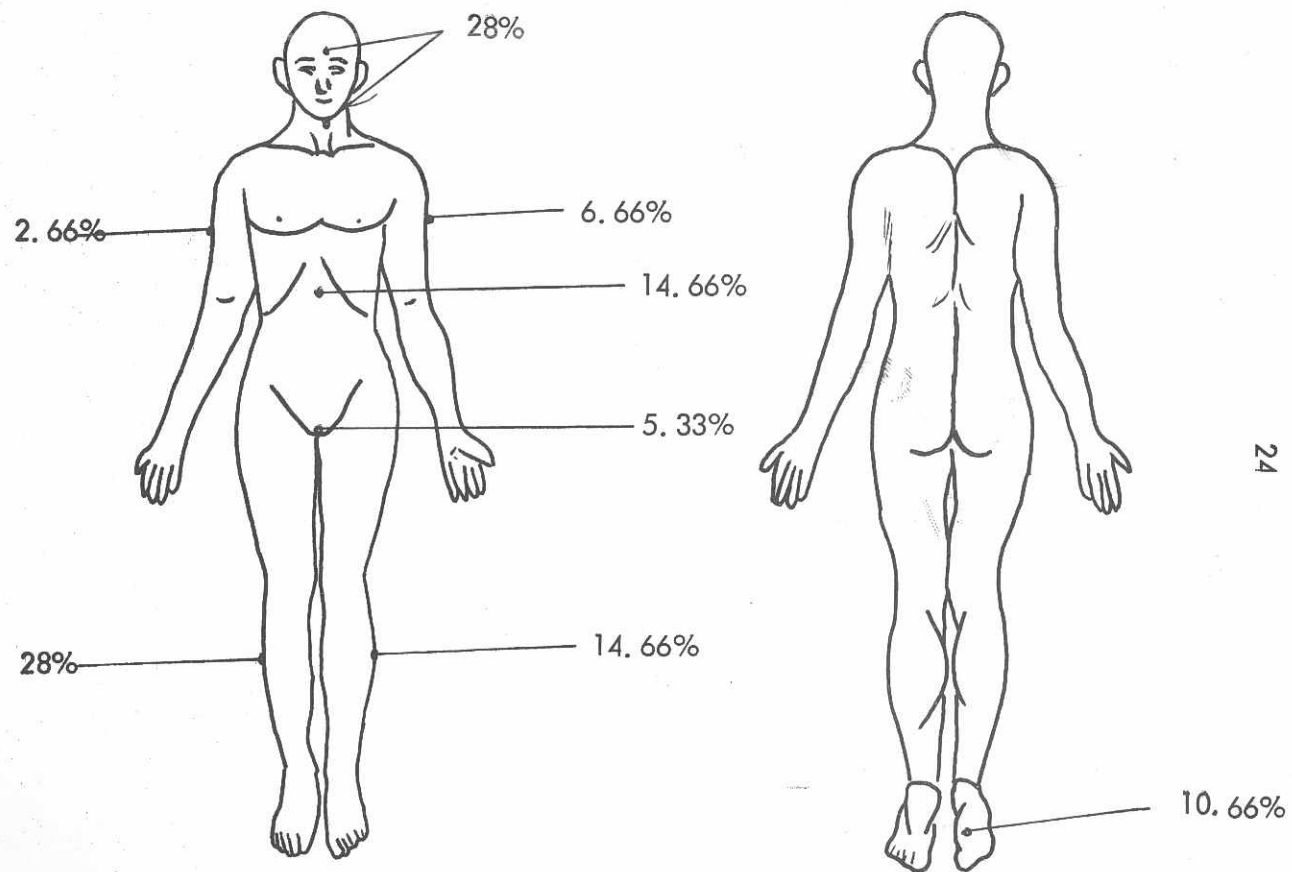
LUGAR	CASOS	PORCENTAJE
Ojo izquierdo	3	4.00%
Ojo derecho	1	1.33%
Supraciliar izquierda	1	1.33%
Oreja derecha	2	2.66%
Labio superior	1	1.33%
Mejilla izquierda	2	2.66%
Paladar	5	6.66%
Fosa nasal derecha y paladar	1	1.33%
Maxilar inferior	1	1.33%
Cuero cabelludo	1	1.33%
Cuero cabelludo + dedo anular izq.	1	1.33%
Región cervical izquierda	1	1.33%
Región cervical derecha	1	1.33%
Región abdominal	1	1.33%
Espalda	4	5.33%
Región Pectoral izquierda	1	1.33%

Región inguinal derecha	1	1.33%
Región Crural derecha	1	1.33%
Gluteo izquierdo	1	1.33%
Gluteo derecho	1	1.33%
Recto y ano	1	1.33%
Vulva	3	4.00%
Pubis	1	1.33%
Palma mano izquierda	1	1.33%
Antebrazo izquierdo	2	2.66%
Dedo medio de mano izquierda	1	1.33%
Dedo pulgar de mano izquierda	1	1.33%
Palma de mano derecha	1	1.33%
Dedo pulgar mano derecha	1	1.33%
Talon pie izquierdo	6	8.00%
Pierna izquierda	1	1.33%
2o. dedo pie izquierdo	1	1.33%
Planta pie izquierdo	3	4.00%
Dedo grande del pie derecho	7	9.33%
Planta del pie derecho	8	10.66%
Talon del pie derecho	4	5.33%
Dorso del pie derecho	1	1.33%
3er. dedo del pie derecho	1	1.33%

LA TABLA ANTERIOR PERO AGRUPANDOLA POR REGIONES CORPORALES

QUEDA ASI:

REGION	CASOS	PORCENTAJE
Cabeza y cuello -----	21 -----	28.00%
Tronco -----	11 -----	14.66%
Genitales -----	4 -----	5.33%
Miembro superior derecho -----	2 -----	2.66%
Miembro superior izquierdo -----	5 -----	6.66%
Miembro inferior derecho -----	21 -----	28.00%
Miembro inferior izquierdo -----	11 -----	14.66%



PORCENTAJE DE CASOS EN QUE LES FUE MEDIDA LA LESION A LOS PACIENTES DEL ESTUDIO:

Casos medidos	28	37.33%
Casos no medidos	47	62.66%

TABLA DE FRECUENCIA DE LAS DIMENSIONES EN CENTIMETROS AGRUPADAS POR LAS DISTINTAS MEDIDAS REPORTADAS:

MEDIDA	CASOS	PORCENTAJE
1 X 1	2	7.14%
2 X 1	1	3.57%
2 X 2	4	14.28%
2 1/2 X 2	1	3.57%
3 X 2	1	3.57%
3 X 3	6	21.42%
3 X 4	3	10.71%
3 X 5	1	3.57%
4 X 4	2	7.14%
4 X 8	1	3.57%
5 X 5	2	7.14%
8 X 10	2	7.14%
9 X 9	1	3.57%
Toda la espalda	1	3.57%

CASOS AGRUPADOS POR EL TIPO DE REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA

REPORTE	CASOS	PORCENTAJE
	5	
Melanoma Maligno -----	51	68.00%
Melanoma Amelanotico -----	9	12.00%
Melanosarcoma -----	1	1.33%
Sin Informe (Diagnóstico clínico) -----	14	18.66%

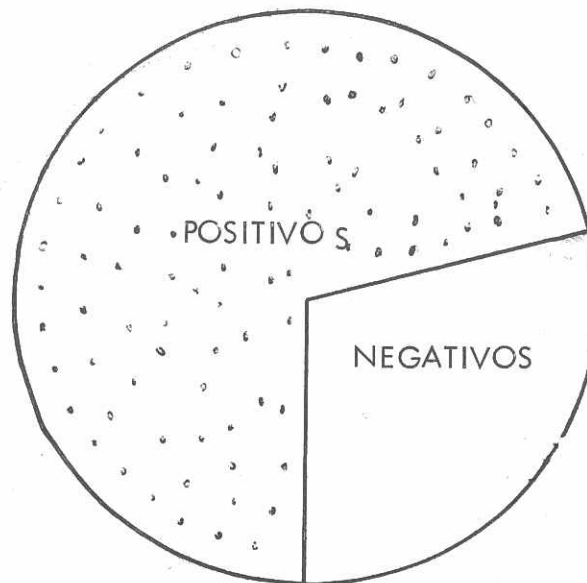
CASOS AGRUPADOS POR LAS CARACTERISTICAS DE LOS GANGLIOS

CARACTERISTICAS	CASOS	PORCENTAJE
Positivos -----	26	34.66%
Negativos -----	12	16.00%
Metástasis Inguinales -----	9	12.00%
Metástasis Axilares -----	2	2.66%
Metástasis Cervicales -----	1	1.33%
Sin Información -----	25	33.33%

ESQUEMA DEL INFORME DE HISTOLOGIA DE LOS GANGLIOS, CLASIFICADOS

EN POSITIVOS Y NEGATIVOS:

Comprendiéndose como positivos a los ganglios con metástasis comprobada histológicamente.



DISTRIBUCION DE ACUERDO A TRATAMIENTOS EFECTUADOS

TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Excisión local -----	12	16.00%
Excision local mas injerto -----	4	5.33%
Excision local mas cirugía radical -----	12	16.00%
Excisión local mas injerto mas cirugía radical -----	12	16.00%
Excision local mas cirugía radical mas perfusión arterial -----	2	2.66%
Amputación mas colchicina -----	1	1.33%
Amputación mas cirugía radical mas quimioterapia -----	1	1.33%
Perfusión arterial mas B. C. G. -----	5	6.66%
Cirugía paliativa -----	3	4.00%
Radioterapia paliativa -----	4	5.33%
Fallecidos antes del tratamiento -----	1	1.33%
Ningun tratamiento por diseminacion, casos T. E. -----	5	6.66%
Rehusaron tratamiento -----	13	17.33%

TABLA DE FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES ENCONTRADAS

Total de complicaciones 12 que corresponde a el 19.67% de los casos tratados.

ASI:

COMPLICACION	CASOS	PORCENTAJE
Recurrencia -----	2 -----	16.66%
Infección de herida operatoria -----	1 -----	8.33%
Recurrencia en herida operatoria más metástasis a ganglios regionales -----	3 -----	25.00%
Metástasis a distancia -----	4 -----	33.33%
Intoxicaciones por Metotrexato -----	1 -----	8.33%
Reacción transfusional -----	1 -----	8.33%

TABLA DE FRECUENCIA CON RELACION A PACIENTES VIVOS Y MUERTOS

Pacientes vivos 17
Pacientes muertos 44
Se desconoce 14

a 22,66% del total de casos
a 58,66% del total de casos
a 18,66% del total de casos.

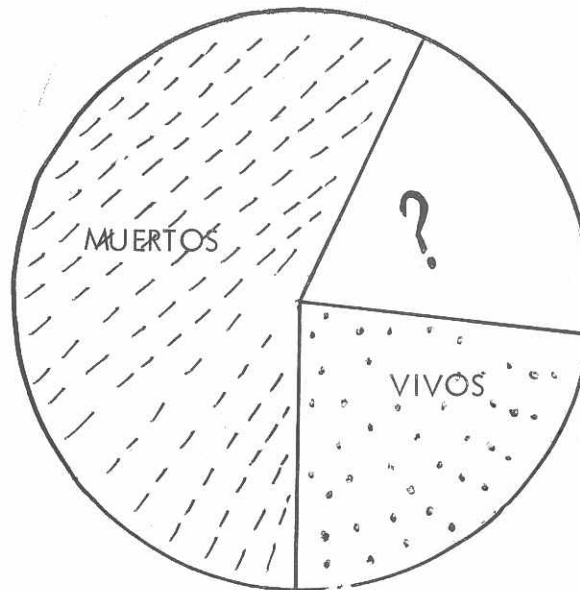
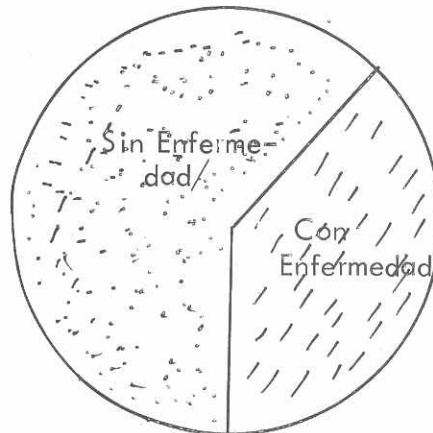


TABLA DE FRECUENCIA CON RELACION AL ESTADO DE SALUD DE LOS 17

PACIENTES VIVOS:

Con enfermedad	6 casos	= a 35.29% de los pacientes vivos
Sin enfermedad	11 casos	= a 64.70% de los pacientes vivos



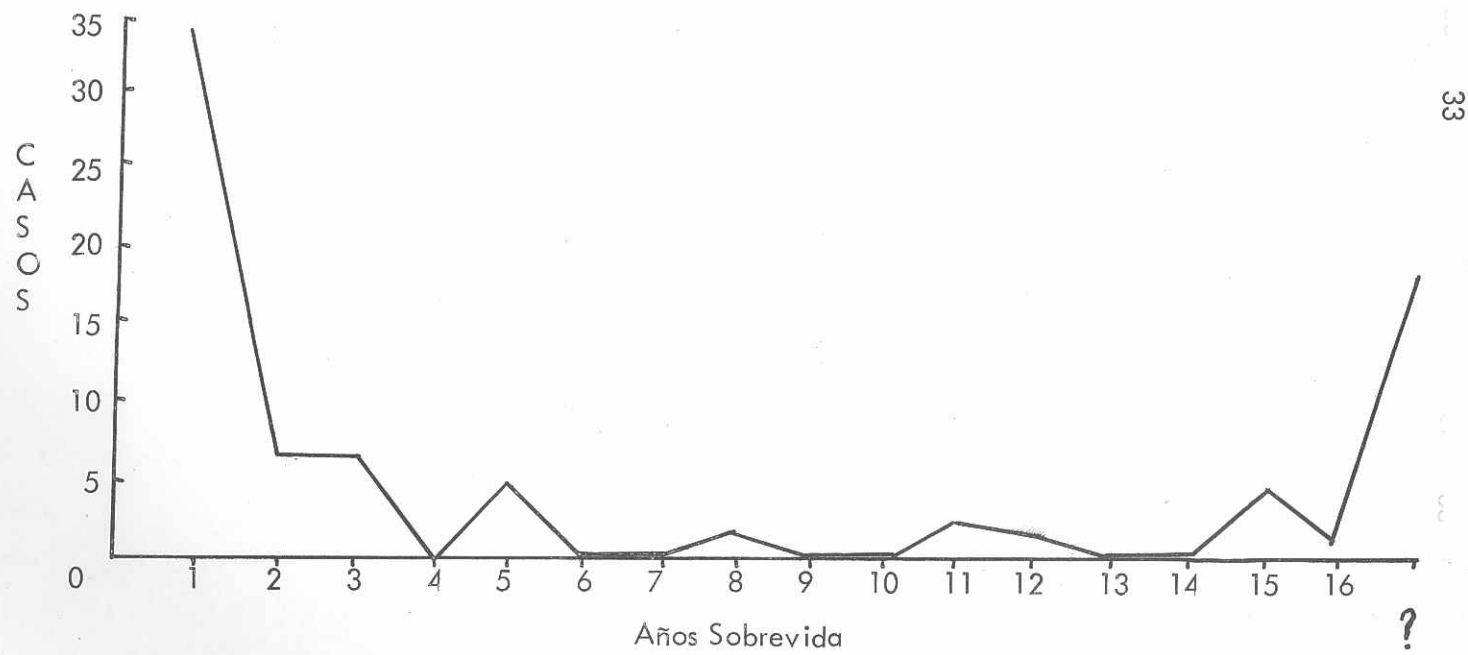
Pacientes vivos en control 9 (52.91%)

TABLA DE FRECUENCIA CON RELACION A LA CAUSA DE MUERTE DE 44
PACIENTES FALLECIDOS:

CAUSA DE MUERTE	CASOS	PORCENTAJE
Enfermedad diseminada	34	77.29%
Metástasis cerebrales	3	6.81%
Fallas cardíacas	5	11.38%
Reacción transfusional	1	2.26%
Accidente de tránsito	1	2.26%

TABLA DE FRECUENCIA CON RELACION A LA SOBREVIVENCIA EN AÑOS OBTENIDA EN EL
PRESENTE ESTUDIO:

No. de Años	Casos	Porcentaje
1	35	46.66%
2	7	9.33%
3	7	9.33%
5	3	4.00%
8	1	1.33%
11	2	2.66%
12	1	1.33%
15	4	5.33%
16	1	1.33%
Se desconoce	14	18.66%



DISCUSION Y RESULTADOS

El melanoma por ser un tumor de la edad adulta, en nuestro abajo nos reporta las siguientes edades extremos: el paciente mas joven tenía 22 años y el mas grande 90 años; para obtener una edad promedio de 56 años.

En cuanto al sexo, el mas afectado fué el femenino, con el 68% de frecuencia y el restante 32% para el sexo masculino. Esto es explicable por que el servicio de Oncología "B" en el Hospital General es exclusivo de mujeres. Además que comparado con estadísticas extranjeras es el sexo femenino el mas frecuente.

Se investigaron los 2 grandes grupos étnicos de Guatemala, o sea el indígena y el ladino, tomando como indígenas a los pacientes que tienen trajes típicos y que además su principal medio de comunicación verbal es una lengua autóctona. Los resultados fueron los siguientes: Ladinos el 88% de los casos e Indígenas el 12%. Lo que nos hace ver que sí existe este tumor en la raza indígena y que su bajo índice de frecuencia se debe por un lado, posiblemente a la ingnorancia y atraso cultural en que vive nuestro indígena y por otro en que este tal vez obtiene cierto grado de protección por el color bronceado de la piel. Como caso único extranjero se encuentra el de un español.

Con respecto a la procedencia de los pacientes, el departamento de Guatemala presenta un porcentaje de 33.33%, luego le siguen Chimaltenango, Escuintla y Quetzaltenango con el 8% cada uno; lo cual es representativo en virtud de que en estos departamentos existe mayor concentración de individuos en nuestro país.

Referente a los casos encontrados en los distintos años en estudio los de mas alta incidencia fueron 1969 y 1973 con el 12% del total cada uno. Lo que se explica por el aumento de consultas en el Instituto de Cancerología.

De acuerdo al tiempo de evolución en años, transcurrido desde que se iniciaron las molestias, hasta el momento de la consulta médica; antes de 1 año habían consultado el 66.66% del total de pacientes, encontrándose además 2 casos que consultaron 10 años después del inicio de la lesión, viniendo esto a confirmar lo impredecible del comportamiento de este tumor.

En cuanto a la frecuencia de la localización de la lesión por regiones corporales, encontramos que las partes mas afectadas fueron: Cabeza y cuello y miembro inferior derecho ambas con el 28%, lo que está de acuerdo con estadísticas extranjeras. Y específicamente, la planta del pie derecho es afectada en un 10.66% del total de casos estudiados, creyendose que esto último se debe a que las manchas melánicas de las plantas de los pies estan sujetas a presión e irritaciones constantes por la bipedestación. De donde se concluye que todo nevus sujeto a irritación constante tales como el cuello, brazos, barba, glúteos, etc. deben extirparse profilacticamente.

Únicamente fué medida la lesión en un 37.33% del total de casos, el restante 62.66% no está consignado en los records clínicos. Las dimensiones en centímetros mas frecuentes fueron: 3 X 3 con un 21.42% y 2 X 2 con un 14.28, encontrándose un solo caso en que la lesión estaba extendida en toda la espalda.

Según el informe de anatomía patológica, los reportes más frecuentes fueron: Melanoma Maligno en un 68% siguiéndole Melanoma Amelanótico con un 12% y un solo caso de melanosarcoma. Encontrándose 14 casos en que el diagnóstico era obvio, no especificando los records clínicos el por que no se les tomó biopsia.

Por la característica de los ganglios, fueron encontrados histológicamente Positivos en el 34.66% de los casos y negativos en el 16% de los casos. Clínicamente se encontraron metástasis inguinales en el 12%, axilares en el 2.66%, cervicales en el 1.33% y sin especificar en el record clínico el 33.33%, desconociendose la razón de esto último.

De los 75 pacientes en estudio fueron tratados 61 que corresponden a 81.33%, un caso falleció antes de cualquier tratamiento por enfermedad diseminada y los restantes 13 que hacen un 17.2% rechazaron todo tratamiento radical.

Del total de pacientes tratados se reportaron 12 complicaciones, que corresponden a un 19.67%, siendo estas inmediatamente fatales en 2 casos.

De todos los casos en estudio, contamos con 17 pacientes vivos, para un total de 22.66%. De estos pacientes se encuentran sin enfermedad 11 que corresponde a un 64.70% de los pacientes vivos y con enfermedad 6, para un 35.29%.

De los pacientes vivos tenemos en control periódico a 9, lo que nos da un porcentaje del 52.91% de los pacientes vivos; lo que nos permite afirmar que a pesar de los problemas para seguir a estos pacientes, tenemos controlados por consulta externa mas de la mitad.

Investigando la sobrevida en años de los casos que se estudiaron, obtenemos los siguientes resultados: a los 3 años de sobrevida llegó únicamente al 11.47% de los pacientes tratados, a los 5 años el 6.55%, a los 10 años el 4.91% y a los 15 años el 8.19%. Siendo el caso que mas tiempo ha sobrevivido el de un albañil tratado con resección del tumor primario mas injerto y disección radical de ingle derecha, estando vivo y en control con una sobrevida de 16 años.

Han muerto 44 pacientes por distintas causas, esta cantidad nos da un porcentaje de muerte del 58.66% del total de casos. Determinándose que la causa mas frecuente de muerte fué la misma enfermedad, perodiseminada con un 77.29%, luego por metástasis cerebrales un 6.81%, fallas cardíacas en un 11.38%, por reacción transfusional, falleció otro paciente, un último caso que murió en un accidente de tránsito. Los casos de muerte por fallas cardíacas, reacción transfusional y en accidente de tránsito, nos dejan la duda de como se hubiera comportado posteriormente el melanoma en estos

pacientes en el aspecto de sobrevivida, ya que la enfermedad en si nada tuvo que ver con la causa de muerte.

Se desconoce el estado de salud de 14 pacientes, que equivale a un 18.66% del total de pacientes, esto se debe a que los pacientes abandonaron las reconsultas en el hospital y no se les ha podido localizar por la vía telegráfica ni por la visita domiciliaria, ya que no contestaron los telegramas enviados, o habían registrado direcciones falsas.

Como enfermedad concomitante con melanoma, tenemos un caso de Tuberculosis pulmonar asociada, que fué trasladada después de tratamiento al Hospital San Vicente para recibir atención especializada en su problema pulmonar. A partir de esto, la paciente fué perdida de vista, desconociéndose actualmente su estado de salud, ya que no se encontró en dicho hospital registro clínico en donde constara su ingreso. Y además otro caso de melanoma asociado a embarazo en el curso del 7o. mes de gestación, habiéndosele hecho la excisión amplia del melanoma de la espalda, recubriéndolo el área operatoria con injerto parcial de piel, dejándose las disecciones de ingle y axila para después del parto, el que se resolvió sin ningún problema. Encontrándose posteriormente los ganglios de la disección radical positivos. La paciente está viva después de 15 años de tratada y sin enfermedad. A propósito de esto queremos hacer el comentario siguiente: hace algunos años se consideraba que el embarazo tenía efectos agravantes sobre el melanoma, pero, en un grupo estudiado por el Dr. G.T. Pack pudo comprobar que no existe ningún efecto del embarazo sobre la evolución del melanoma. El producto de este embarazo no presentó melanoma al nacimiento a pesar de lo diseminado de la neoplasia. En otras latitudes se han informado casos ocasionales de melanoma en el producto de la concepción de madres que tenían o habían tenido este tumor.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. - Es primer trabajo de caracter nacional que se hace al respecto. Precediéndole unicamente un informe preliminar que presentó el asesor de esta tesis en el Congreso Centroamericano de dermatología en 1960.
2. - Por no existir en Guatemala, una oficina de registro de Cáncer, creemos tener un margen de error que no lo podemos determinar, aunque consideramos personalmente que es pequeño.
3. - Creemos que ya un grupo de 75 casos nos permite sacar conclusiones sobre su diagnóstico y su modo de tratarlo en nuestro medio.
4. - Fué muy grato encontrar que nuestros 5 años de sobrevida son del 6.55% , los 10 años del 4.91% los 15 años del 8.19%.
5. - La biopsia no está contraindicada, siempre y cuando se haga de acuerdo a las recomendaciones de la técnica, tal como se describe en este trabajo.
6. - Toda lesión pigmentada, potencialmente es un melanoma, hasta que no se demuestre lo contrario. Por consiguiente, nunca se debe cauterizar o irritar en cualquier forma dichas lesiones. Y si está en un lugar que permita su tratamiento debe de ser ex tirpada con márgenes amplios de piel sana y cortes profundos, para luego someterlo a estudio histológico.
7. - Su tratamiento en nuestra opinión debe ser siempre con cirugía radical, que es la única que puede ofrecerle oportunidades de curación al paciente; pero, en caso de que esta sea rechazada, en el trabajo se describen otras conductas a seguir.

La quimioterapia y la vacunación con B.C.G. la estamos experimentando aún, en nuestro medio y que son alentadoras por reportes de investigaciones extranjeras.

Todos los casos de melanomas deben de ser puestos en manos de médicos oncólogos, quienes conocen de mejor manera la forma de manejarlos.

De un trabajo estadístico de esta clase es la única forma de saber nuestros resultados de tratamiento expresados en sobrevivencia. Por lo que se recomienda estimular la elaboración de otros trabajos de investigación, que estudien las estadísticas de los tumores de determinado órgano u otra clase de tumores, para poder ir elaborando estadísticas nacionales.

BIBLIOGRAFIA

1. - Ackerman, L. V. Malignant melanoma. In Surgical Pathology.
3 ed. St. Louis, C.V. Mosby, 1968, pp 123.
2. - Ackerman L. V. and J. A. Del Regato. Malignant melanoma.
In: Cáncer, diagnosis, treatment and prognosis. 4 ed.
St. Louis, C.V. Mosby, 1970, pp 149-161.
3. - Bocher, R. J. Recognition and treatment of melanoma. The
Surg Clin N A 49(2): 289-406 April, 1969.
4. - Cang. E.F. Management of intracranial metastatic malignan-
cy (primary melanoma). The Surg Clin N A 47(3):
740-741 June, 1967.
5. - Fejerskov, O. and L. Nybroe. Primary malignant melanoma
of the hard palate; report of case. J Oral Surg 31(1):
53-55 January, 1973.
6. - Huffman, T.A. and W.K. Sterin. Ten-year survival with mul-
tiple metastatic malignant melanoma; primary site unk-
now. Arch Surg (Chicago) 106(3): 234-235 Feb. 1973.
7. - Huvos, A. G., J. P. Shaha and V. Mike. Malignant mela-
noma of skin; pronostic, significance of clinicopatholo-
gic characteristics. A study of short term and long term
survivors. Amer J Clin Path 70(1): 142-143 January,
1973,
8. - James, H. D. and G. D. King. Melano-epithelioma (malignant
melanoma). The surg clin N A 39(3): 597-604 June,
1959.
9. - Pack, G. T., J. Davis and A. Oppenheim. Relation of race
and complexion to incidence of moles and melanomas.
Year Book of Cáncer 1964-1965. Chicago, Year Book
Medical Publisher, 1965, pp 58.

Publisher, 1965, pp 58.

10. - Robbins, S. L. Melanoma maligno. En su: Tratado de Patología. 3 ed. Mexico, Interamericana, 1968, pp 1180-1182.
- 11- Sedgwick, C. E. Malignant melanoma of duodenum. The Surg Clin N A 44(3):676-677 June, 1964.
12. - Shaw, M. H. Malignant melanoma; arising from a giant hairy nevus. Year Book of Cancer 1964-1965. Chicago, Year Book Medical Publisher, 1965. pp 55.
13. - Sthlin, J. S. , J. L. Smith and R. L. Clark. Malignant melanoma; diagnosis and current treatment. The Surg Clin N. A. 42(2): 455-467 April, 1962.
14. - Wallace, D. C. , G. L. Beardmore and L. A. Exton. Familial malignant melanoma. Ann Surg 177(1): 15-20 January, 1973.

Br. Edgar Antonio Figueroa Muñoz.

Dr. Carlos Lizama Rubio
Asesor

Dr. H. Federico Castro M.
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director de la Fase

Vo. Bo.

Dr. Francisco Sáenz Bran
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano