

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MELANOMA MALIGNO

(Estudio realizado en el Hospital Roosevelt.

Revisión de 10 años retrospectivamente 1963 a 1972)

Como referencia se tomaron 3 años en el

Hospital INCAN 1975 - 1977

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

ELENA RIVERA GIRON

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

GENERALIDADES

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es mi deseo ofrecer en el presente trabajo una Revisión sobre "MELANOMA MALIGNO" su tratamiento y su seguimiento en el Hospital Roosevelt e INCAN.

Se realizó un resumen retrospectivo en el Hospital Roosevelt de 10 años (1963 a 1972) consecutivos, tomándose hasta el último año tabulado por el archivo y tres años en el Hospital INCAN, de 1975 a 1977.

Deseando obtener datos y dejar patente de como a su ingreso pasa en muchos casos desapercibido este diagnóstico, ya sea porque la persona no se percata de cambios en su piel, por mala técnica del examinador, o por mala exploración física.

Algunos pacientes llegan con esta enfermedad a hospitalizarse siendo ya demasiado tarde para su tratamiento.

Se observa en algunos casos, de como se diagnostica a pacientes esta patología, se les inicia tratamiento en el hospital, dándoles egreso mejorados, y estos ya no regresan a su control; perdiéndose así a pacientes que si necesitan ayuda hospitalaria por consulta externa; lo cual lo hacen ya sea por vivir afuera de la capital, o por falta de recursos, y lamentablemente algunas veces por no perder su tiempo en espera de su turno.

GENERALIDADES

MELANOMA MALIGNO

Esta neoplasia ha sido objeto de muchas investigaciones durante estos últimos años, el análisis estadístico ha demostrado, que el pronóstico es mejor, cuando el tumor es tratado pronto y correctamente.

Es un tumor maligno que puede originarse a partir de cualquier célula capaz de formar Melanina, es más común en la piel, menos en los ojos y ha sido virtualmente encontrado en cualquier órgano, como un tumor primario.

La respuesta del melanoma con respecto a la quimioterapia, continúa mejorando y puede considerarse un tumor en el cual la respuesta inmune del huésped hacia el tumor, juega un papel importante en la determinación del pronóstico.

INCIDENCIA

En USA. se encontró 4.1/100,000 de la población comparado con el carcinoma del colon de 29.3/100,000 y del carcinoma del pecho de 39.2/100,000 con una incidencia de 4.2/100,000 en mujeres y 4.1/100,000 en hombres, Mac Govern y Mackiel - en un estudio de 1972, han demostrado un aumento en la tasa de muertes de 8/1,000,000 de habitantes en Australia del Sur y de 23/1,000,000 en Australia del Norte y al mismo tiempo cambia la frecuencia según el sexo de una proporción varón-hembra de 2;1 en el Sur a una frecuencia igual en ambos sexos en el Norte.

Se cree que este cambio de frecuencia según el sexo se de

be al hecho de que en el Norte es donde hace más calor y los trabajadores son de sexo masculino que exponen sus cuerpos a la luz directa del sol durante muchas horas de la jornada de trabajo. En la mayoría de las series de frecuencia en mujeres se presentan dos cúspides, la primera de 30-40 años, en los hombres a los 40-45 años de edad y la segunda a los 55-60 años, se debe a que el desarrollo de un melanoma maligno en una lesión que se ha iniciado durante la pubertad, con respecto a lo racial, el melanoma tiene menor incidencia en los individuos de piel oscura. Respecto a la edad se ha observado de 35-45 años y también después de los 65.

Es extremadamente raro en los niños.

ETIOLOGIA:

Muchos factores se han implicado en la etiología del melanoma maligno. El trauma, la exposición al sol o Rodium (ha sido incrementada por Mac Govern y Mackiel de forma bastante convincente). Hay evidencias circunstanciales que indican que la exposición al sol juega un papel directo en la producción de un cambio maligno en el melanocito, un examen más detallado o es timulación por rayos solares con el subsecuente desarrollo de un melanoma en la parte expuesta. Es difícil explicar completamente la etiología del melanoma maligno, ejemplo:

- A.- La proporción de melanoma maligno que sucede predominantemente en superficies expuestas en individuos mayores, no es aumentada en Australia en comparación con la parte Nor-Este.
- B.- Hay una estrecha similitud entre la distribución anatómica del melanoma, encontrado en poblaciones de tez blanca con una baja exposición al sol y una baja incidencia suce-

de en el Reino Unido con poblaciones con alta exposición al sol.

Una hipótesis para explicar esto, presume la formación de un factor circulante, que es producido en respuesta a la exposición al sol, y es capaz de iniciar un cambio maligno en un melancito a distancia, la preexistencia de melanocitos susceptibles, ya sea en bases genéticas o raciales ha sido también postulada para explicar la incidencia del melanoma familiar y la conocida diferencia de incidencia entre diferentes razas.

La incidencia de melanoma maligno a partir de lesiones pigmentadas preexistentes no se conoce; estimaciones clínicas dan un rango de 23% de todos los melanomas, Es más frecuente en el embarazo por aumento de la pigmentación.

La irrigación ya sea por prendas apretadas, por cauterizaciones y la administración de algunas hormonas se han observado, que es otra de las posibles causas, por ejemplo la administración de esteroides.

DIAGNOSTICO

Lesiones pigmentadas de la piel son comunes en individuos de piel clara y oscura, con un porcentaje observado de 14.6 nevos de un tipo o de otro en la piel del cuerpo, siendo las más frecuentes los nevos azules, las manchas color café con leche, la peca juvenil, los nevos conjuntivo nasal y el llamado melanoma juvenil, este último conocido como lesión benigna.

CLASIFICACION

Los estudios de Clark y colaboradores en 1969, han demostrado la clasificación de la enfermedad de acuerdo al comporta-

miento crecimiento, apariencia y pronóstico.

Los tres grupos son:

- a.- Lentigo melanoma maligno diseminado.
- b.- Melanoma superficial.
- c.- Melanoma Nodular.

Para completar un pequeño grupo de melanomas debe considerarse:

- El nevo gigante peludo que sufre cambios malignos.
- El melanoma subungual
- El Melanoma con un primario desconocido.
- El Maligno nevo azul
- El Melanoma amelanótico.

LENTIGO MELANOMA MALIGNO

Es una clásica lesión pigmentada de individuos mayores que ocurre en zonas expuestas, son más comunes en la cara y comprenden aproximadamente el 50% de los melanomas de la cabeza y la nuca, puede ser extenso en tamaño y es usualmente precedido por un agrandamiento gradual de una lesión pigmentada que ha estado presente por varios años, llamada peca de Hutchison o precancerosa, melanoma circunscrito, invasión de la dermis es indicada por cambios de color, y desarrollo nodular en una superficie previamente plana.

Los bordes de la lesión son irregulares y el color es café o negro los cambios de apariencia a malignidad son rápidos. El porcentaje del léntigo Melanoma reportados por Clark y Colaboradores, fue de 3.9% y al momento de reportarlo una sobrevivencia de 55.2%.

MELANOMA SUPERFICIAL DISEMINADO

Este es el más común de la variedad clínica de melanoma, comprendiendo un 54.5%, ocurre en cualquier parte del cuerpo, y una historia de lesiones pigmentadas de muchos años puede observarse. Un cambio reciente en apariencia y frecuencia, una gama de color negro a azul, gris, rosado o tan es característico, áreas de despigmentación pueden también estar presentes, puede también haber de uno a varios nódulos que pueden agrandarse a medida que la enfermedad progresa, el promedio de sobrevivencia es de 46.5%.

MELANOMA NODULAR

Esta lesión se observó en un 31.6% de los pacientes en las series reportadas por Clarck y Colaboradores, puede ocurrir en cualquier lugar sobre el cuerpo, está caracterizado por una historia relativamente corta y una morfología nodular desde el inicio, acerca del color tiene una apariencia azul-negro más uniforme que varía dentro de tonos grisáceos y su borde más demarcado de la piel que lo rodea, mientras el tumor progresa puede convertirse en polipoide y a su tiempo lleva un pronóstico grave, la tasa de sobrevivencia observada por Clarck y Colab. fue de 27.3%.

MELANOMA NO CLASIFICADO

El melanoma sub-ungueal es un tumor raro que hace aproximadamente el 3% de todos. Allen y Spitz han demostrado de forma muy clara las relaciones existentes entre el nevo dermo-epidérmico, nevo intradérmico y melanoma maligno. Hicks y Colab. han demostrado la correlación entre aspecto clínico, curso clínico y aspecto histológico. Estos autores han demostrado maduración del nevo dermo-epidérmico desde el nacimiento o la infancia, pasando por el estadio de nevo compuesto, hasta nevo in-

tradérmico maduro e inofensivo, que es el nevo de la edad adulta, al alcanzar la edad adulta la mayoría de los nevos dermo-epidérmicos han madurado en un nevo compuesto o un nevo dérmico, sin embargo algunos nevos dermo-epidérmicos persisten durante la vida adulta y a veces parece ser que también se forman nevos dermo-epidérmicos a esta edad.

Los datos disponibles apoyan la hipótesis de que todos o casi todos los melanomas malignos derivan de las células marginales que quedan en un nevo compuesto.

CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE EL MELANOMA

La lesión que han de dominar el patólogo es el nevo dermo-epidérmico que tienen un potencial maligno, el cirujano debe aprender a reconocerlo clínicamente con gran exactitud. Como medida profiláctica esta lesión ha de extirparse de las regiones de riesgo elevado (pies, manos y peroné) preferiblemente antes de la pubertad.

FRECUENCIA DEL MELANOMA MALIGNO SEGUN SU LOCALIZACION Y SEXO

LOCALIZACION	VARONES	HEM BRAS	TOTAL DATOS	DE GUISS Y MACDONALD
Cabeza y cuello	72	110	182	68
Tronco	71	41	112	54
Miembros superiores	34	44	78	39
Miembros inferiores	48	136	184	79
Genitales y mucosas	5	9	14	--
Localización primaria desconocida	18	25	43	12
TOTAL	238	365	613	252

ASPECTO MACROSCOPICO DEL MELANOMA

El típico melanoma maligno avanzado puede ser reconocido con gran facilidad porque forma un tumor elevado de color negro alquitrán, muchas veces con ulceraciones o con tumores satélite, sin embargo en este estadio es frecuentemente demasiado tarde para tratamiento eficaz, por lo que es muy importante poder reconocer cambios malignos, precoz en las lesiones pigmentadas. Los signos de la iniciación del desarrollo de un cambio maligno son los siguientes

- 1.- Aumento de tamaño
- 2.- Extensión radial de la pigmentación
- 3.- Cambio de la pigmentación (más clara o más oscura)
- 4.- Forma de costra
- 5.- Areola inflamada
- 6.- Exudado seroso
- 7.- Hemorragia
- 8.- Dolor, prurito, escozor
- 9.- Ulceración
- 10.- Nódulos dentro de la lesión o alrededor de la misma
- 11.- Ganglios linfáticos regionales hinchados
- 12.- Melanuria.

Todo esto es sospechoso y puede ayudar al clínico a hacer un diagnóstico correcto, aún cuando el patólogo esté incierto, una confirmación histopatológica es necesaria en todas las lesiones sospechosas. El método de preferencia es una biopsia de un pedazo, es satisfactoria, la técnica de la biopsia debe seguir la técnica básica para la cirugía de tumores.

- a.- Anestesia local usando el método de bloqueo por infiltración nunca ensartando la aguja en el tumor o por debajo de él.

- b.- Una incisión elíptica planeada a lo largo de un eje previniendo la necesidad de una futura incisión si el resultado de la biopsia es positivo.
- c.- La especie debe ser removida con un margen suficiente (2-3 mm) para hacer una reincisión de una innecesaria lesión benigna.
- d.- Cuidadosamente manipular la muestra para evitar cualquier daño al tejido que pueda hacer más difícil la interpretación histológica.

NIVEL DE INVASION DE LOS MICROORGANISMOS

Es importante el aspecto evaluativo y comparativo en el proceso de la enfermedad y con mucha importancia en la clasificación clínica, se enfatiza que la clasificación perfecta de estos micro-organismos y los exámenes patológicos de secciones de piel da una determinación. En los estudios preliminares que hizo Clark en 1963 reporta la mortalidad dada y observada en los grados de melanoma son:

Grado II	8.2%
Grado III	32.5%
Grado IV	46.1%
Grado V	5.0%

GRADO I

Es un tumor que está clasificado, confinado solo a epidermis y es llamado melanoma in-situ, considerado maligno por las propiedades estadísticas.

GRADO II

Es el tumor que abarca la dermis papilar, teniendo ruptura de la base de la membrana.

GRADO III

Además que rompe la membrana papilar de la dermis pero no la profunda como para llegar a la dermis reticular.

GRADO IV

Es el que abarca la dermis reticular.

GRADO V

Es el tumor en el cuál las células penetran a la dermis reticular de la grasa sub-cutánea.

Un estudio empleando características microscópicas de Clark y determinaciones del grosor del tumor con un microscopio ocular observó 98 pacientes reportados en 1970 por Breslow, confirmando el estudio de Clark de acuerdo al grosor o profundidad del tumor.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El reconocimiento de la malignidad es de importancia a causa de la extensión potencial que tiene el tratamiento de un melanoma maligno.

Se debe diferenciar de la verruca seborreica y el carcinoma basocelular pigmentado. Puede confundirse mucho clínicamente al clínico más experimentado y astuto, la verruca seborreica

ca puede adoptar muchos aspectos en ocasiones aparecer como una lesión negra, elevada, aterciopelada, semejante a un melanoma maligno que se desarrolla dentro de un nevo dermo epidérmico, sin embargo la consistencia serea de la verruga seborreica puede orientar hacia el diagnóstico definitivo, las lesiones que más frecuentemente ocasionan dificultad para el diagnóstico diferencial, son la verruga seborreica, el carcinoma basocelular pigmentado, el hematoma sub-ungueal (para la ulceración ungueal - (para la ulceración ungueal melanótica) la infección alrededor del nevo benigno y el granuloma piógeno. La mancha melanótica del Hutchison es una lesión difícil de diferenciar de las otras. Los nevos azules, los hemangiomas, el histiocitoma y el sarcoma de Kopodi, lunares celulares pigmentados especialmente aquellos con pelos impactados, hemangiomas esclerosantes.

TRATAMIENTO DEL MELANOMA

TRATAMIENTO PROFILACTICO

Este es un aspecto importante del tratamiento que tiene gran interés para el cirujano. Observaciones clínicas cuidadosas, han demostrado la existencia de ciertas localizaciones, en las cuales las lesiones pigmentadas tienen una tendencia especial a desarrollar cambios malignos. Las principales medidas profilácticas pueden agruparse así:

- 1.- Educación al público sobre el peligro del melanoma maligno y sobre los signos que proceden a una degeneración maligna de los nevos.
- 2.- Escisión sistémica de los nevos dermo epidérmicos y nevos compuestos de las palmas, dedos, planta de los pies, genitales y lunares que soportan traumas repetidos, como los

provocados por sostenes y correas, se han reportado muchos casos que hacen pensar en la irritación continua por vestidos o por electrocoagulación maligna de un nevo dermoepidérmico; Allen y Spvtz señala que los nevos intradérmicos son raros en las palmas plantares y genitales.

3.- En muchos de estos casos convendrá extirpar los nevos que causan tumor al paciente.

Sin embargo el cirujano inteligente y con sentido de responsabilidad debe reservarse el derecho de aclarar al paciente, que no hay ninguna necesidad de extirparse una lesión que es sin duda un nevo intradérmico o una verruga con una anamnesis benigna.

EVALUACION PRE-OPERATORIA

El examen del paciente debe ser completo, para asegurarse que el tumor no ha expuesto más allá del campo operatorio, esto requiere una exploración clínica de todos los síntomas, especialmente del sistema nervioso central, del hígado, así como radiografías torácica el cirujano debe asegurarse de la capacidad física del paciente, para resistir una operación extensa, así como establecer dentro de lo posible, la operabilidad del tumor y si hay aumento de los ganglios linfáticos (como un ganglio de un diámetro mayor de 4 cms) con fijación a la piel o a los vasos sanguíneos principalmente indican que la probabilidad de una curación quirúrgica son remotas. La primera operación debe ser radical y adecuada como en casi todas las cirugías del Cáncer. La primera operación es la única que ofrece una buena posibilidad de curación. La tasa total de curación durante cinco años es de 70-80%, para las lesiones tratadas por primera vez en pacientes que no presentan metástasis histológicamente demostrables en los ganglios linfáticos y es solo el 2% en pacientes con residivas que

son operadas por segunda vez.

EXCISION LOCAL

No cabe duda que la parte más importante del tratamiento es una excisión adecuada. Esta fue subrayado por Wilsson el que encontró una recidiva local de 57%, después de una amplia excisión. La frecuencia de recidivas locales ha sido muy variable, Cade encontró una frecuencia de un 50%, Peterson y Colaboradores 18%, Wattson 8 a 12%, otros encontraron "0" de recidivas locales en una serie. Estos autores aconsejan una excisión excéntrica de las lesiones primarias hacia los ganglios linfáticos aferentes.

La importancia de una profundidad subsecuente para la excisión viene ilustrada por un análisis de la localización de la recidivas llevadas a cabo por Milton, en un estudio de 65 pacientes con un tumor ya avanzado encontró 47 casos con recidivas locales, en localizaciones que hubieran sido extirpadas durante la primera operación, en estos 16 pacientes aparecieron primero en la cicatriz 13 en el tejido entre el tumor primario y los ganglios linfáticos los Drs. Forther, Strong, Mulcare, Schottenferd, y la Dra. Maclean en un estudio efectuado sobre el melanoma recidivante, observaron que el melanoma puede aparecer cerca del sitio primario, en un punto más periférico, pero en la misma región anatómica o en forma de metástasis generalizada, estudiaron a 291 pacientes cuya primera recidiva fue tratada quirúrgicamente en el hospital Memorial en 1954 a 1964, la primera mediana entre el tratamiento del Melanoma primario y la aparición de la primera recidiva fue de 12 meses, 25 habían estado asintomáticos durante 5 años. Se relacionó con 21 enfermas con el embarazo, 45 mostraron la aparición del tumor recidivante en un radio de 5 cms; la supervivencia después del tratamiento de la recidiva fue de 28 meses en 23 enfermas se encontró que fallecieron por la

neoplasia.

De 332 enfermos, la recurrencia se limitó a ganglios linfáticos en 138, 59 tuvieron metástasis a ganglios linfáticos regionales combinados con la recidiva local intermedia o ambas, 35 presentaron recidivas en sitios intermedios, sin ataque de los ganglios linfáticos regionales.

La recidiva en ganglios linfáticos regionales únicamente fue de 14 meses. En 127 enfermos se hizo una disección terapéutica de ganglios linfáticos regionales.

Con respecto a la metástasis de visceras 14 de ellos, tratados quirúrgicamente, del pulmón 5; en intestino 4; en cerebro 2; vejiga 1; hígado 1; útero 1; de los que solo 2 personas viven sin sintomatología después de 5 años.

RECOMENDACIONES DE LA EXCISION LOCAL

- 1.- El melanoma maligno, debe extirparse con un margen de piel aparentemente normal de 4-6 cms; más allá del borde de la lesión, donde lo permita la localización anatómica del tumor. El área de la excisión debe ser una elipse asimétrica para que la masa de exceso del tejido corresponda a la disección de los ganglios aferentes.
- 2.- La excisión debe alcanzar a incluir la fascia profunda de esta misma área.
- 3.- La excisión de los ganglios profundos, linfáticos aferentes, los intermedios deben researse en continuidad cuando sea posible, es evidente que, en ciertas regiones de un modo especial en la cara la extensión de la excisión ha de reducirse, porque en la primera operación no está justificado

una mutilación muy grande sin embargo, incluso en la mayoría de las regiones críticas, como los epicantos de los párpados se debe de intentar dejar un margen por lo menos de 1.5 a más cms.

Durante la excisión de la región del tumor debe manejarse con la máxima delicadeza, mediante pequeños ganchos, evitando los clips o la intensa retracción que bien pudiera causar más invasión de células tumorales en los vasos linfáticos o sean los ganglios.

DISECCION DE LOS GANGLIOS LINFATICOS

Los términos de Resección terapéutica y profiláctica de los ganglios linfáticos, se utilizan con gran frecuencia y es necesario aclarar lo que significa la disección terapéutica de los ganglios linfáticos. Es la extirpación de los ganglios que se creen están clínicamente invadidos. Los síntomas clínicos, según Milton y Lewis son ganglios hinchados, bien firmes a la palpación - sin la dureza petrea de otros carcinomas. Tienen una firmeza - elástica de goma, de forma parecida a los ganglios que se encuentran en la enfermedad de Hoodkin no se adhieren a los tejidos vecinos hasta que la enfermedad no está muy avanzada.

Stanley señala que con frecuencia se encuentran metástasis en ganglios clínicamente negativos, es más bien una manifestación de la malignidad biológica del tumor.

La disección profiláctica o colectiva de los ganglios linfáticos consiste en extirpar los de la región de desagüe, aunque no estén clínicamente invadidos. Puede efectuarse simultáneamente, Peterson y Colb. aconsejan una intervención con un intervalo de 3 semanas entre la excisión del tumor primario y la de los ganglios linfáticos basándose en que para este tiempo las metástas

sis malignas que estaban en tránsito en los conductos linfáticos al efectuarse la excisión habrán llegado ya a los ganglios linfáticos. Por otra parte Guiss y Macdonald, se inclinan por una disección simultánea a los ganglios linfáticos, porque sus resultados son iguales y evitan otro período de hospitalización del paciente.

También hay pruebas de que en material metastático pasa rápidamente por los linfáticos no obstruidos, y se encaja en los ganglios linfáticos aferentes en cuestión de minutos, es decir en mucho menos tiempo del que se necesita para efectuar en los ganglios linfáticos aferentes regionales en cuestión una disección. Los resultados obtenidos por Charalambidis y Patterson, indican también que los resultados son mejores si los ganglios linfáticos se diseccionan juntos con el tumor primario.

VALORES DE LA DISECCION PROFILACTICA DE LOS GANGLIOS LINFATICOS

Este extremo constituye uno de los problemas más discutidos en la cirugía del cáncer. Los que están en favor de la disección profiláctica pretenden que los resultados son mejores cuando se realiza esta intervención. Los siguientes autores son unos de los defensores de esto Charalambidis y Patterson, Conley y Pack y demás colaboradores.

Los autores contrarios a la disección profiláctica incluyen a Stanley, sin embargo la conclusión más significativa es el hecho de que hasta la fecha no se ha llevado a cabo ninguna investigación clínica con vigilancia propia.

Los defensores de la disección profiláctica de nódulos regionales, señalan el porcentaje de nódulos regionales patológicamente positivos que han sido reportados en la enfermedad G-I, estos datos varían de 25% a 20% según McNeer y Dasgumpta en 1964 y Gumport y Maiwadi en 1972, los pacientes de G-I clíni-

camente que tienen una disección con vigilancia propia, de los nódulos regionales al tiempo de la excisión primaria y son positivos, tienen una sobre vida de 5 años del 52.5%. Sin embargo este dato puede ser contrastado por una sobrevida de 5 años de solo el 31% en pacientes G-I que subsecuentemente desarrollan metástasis y después sufren una disección de nódulos regionales. En pacientes G-II se observó una sobrevida de 5 años del 19% tratados con una amplia excisión y disección de nódulos regionales, según Ficher en 1971 y Ambus, Malligit, Guttman, McBride, Hersh en 1974, en estudios realizados en la misma institución llegando a la conclusión de que la adición de la disección profiláctica de nódulos al melanoma primario G-I conlleva a una sobrevida adicional del 10% a los 5 años.

Aquellos que están en desacuerdo con la disección profiláctica de nódulos, como principio general argumentan que la mayoría de pacientes sometidos en esta cirugía sobreañadida sobrevivirán sin ella y que aquellos pacientes presenten recurrencia serán salvados con una segunda cirugía, otros argumentos contra la disección de ganglios rutinaria en los pacientes G-I es que la función de los ganglios es iniciar la respuesta inmune del huésped al tumor y esto es vital, y que removerlos puede tener un efecto adverso en el pronóstico lo cual necesita ser demostrado, como se dijo antes. Una respuesta a este problema puede disponerse por una reexaminación usando los G I-V de Clark y Colaboradores, con disección profiláctica de nódulos reservada, para aquellos individuos con melanoma que conllevan un peor pronóstico.

Según ellos las indicaciones son las siguientes:

- 1.- Lesión G III a V.
- 2.- Melanoma nodular y tumor observado polipoide, los últimos siendo de difícil de designar precisamente de acuerdo al nivel de clasificación.

3.- Lesiones G-II situados directamente sobre áreas ganglionares, tales como axila o región inguinal.

Otras indicaciones para disección profiláctica de nódulos en lesiones G-I que deberían ser consideradas en una base individual son:

- 1.- El paciente masculino en el cual el pronóstico general es sabido ser peor que el femenino.
- 2.- Sitios especiales que llevan un peor pronóstico, esto aplica en particular a la espalda, donde una disección de nódulos profilácticos puede ser considerada.
- 3.- Tratamiento inadecuado con recurrencia local, todas las lesiones en esta categoría deben ser tratadas agresivamente.
- 4.- Material patológico inadecuado o no disponible.
- 5.- En aquellos individuos, en quienes es anticipado que un seguimiento puede ser inadecuado.

Hay contraindicaciones a la disección profiláctica de nódulos en la enfermedad G-I, las cuales son, determinadas en una base individual, un ejemplo es el melanoma localizado en un sitio del cual el drenaje linfático puede ir a dos o más áreas regionales.

Razones médicas y edad excesiva también son contraindicaciones y en tales casos, cirugía local y una observación ofrecen una alternativa aceptable.

ENFERMEDAD G II

El manejo es también, quirúrgico, excisión amplia, con un injerto de piel o con una cubierta local, más una disección de ganglios regionales, esto último en continuidad cuando es técnicamente posible, de otro modo por procedimientos separados, usualmente en la misma operación, los datos de sobrevivencia de 5 años son de 19% libres de enfermedad: y de 10 años de 12% según Mc Neer y Das Gupta en 1964 datos que han demostrado poco avance en los últimos 30 años. Un descenso similar poco más marcado fue reportado por Golmith, Shah y Kin en 1970 con una caída de 38 a los 5 años y de 15% a los 15 años.

Estos estudios indican la necesidad de un tratamiento coadyuvante para mejorar la tasa de sobrevivencia, otras terapias son: Perfusión regional, Quimioterapia Sistémica, Inmunoterapia y Radiación.

PERFUSION REGIONAL

Es en la enfermedad G-II de las extremidades que ésta en su uso principal, las técnicas han mejorado y han sido modificadas o considerablemente desde que el método fue reportado por Greech, Kremetz, Rian y Windlad en 1958. Sin embargo nuevas drogas con control mejorado de la enfermedad no han sido desarrolladas y la Mostaza de Fenil Alanina que ha sido usada por casi veinte años es todavía el principal apoyo para la perfusión regional (PR) modificaciones de esta técnica incluyen, Hipertérmica, en la cual la temperatura de la sangre es elevada a 155°F. en el perfusor y prolongación del tiempo de perfusión, lo que fue estudiado por Stehilin, 1969. Reportes indican que la adición de la perfusión adicional en tratamientos para pacientes con peor pronóstico, producen una mejoría en la sobrevivencia en un 15% en la enfermedad G-I una reducción de la recurrencia lo-

cal, un doblamiento de la vida y una menor incidencia de enfermedad metastática son observadas en pacientes G-II. Buena paliación de la enfermedad G-III es también obtenida, aunque ha habido un aumento en la morbilidad con la adición de la hipertermia.

Todavía la PR no es una práctica standard en el manejo del melanoma, los que lo usan son entusiastas como lo es Stehlin, Giovnella, Iplynuez y Znderson, en 1975, los que no la usan esperan ser convencidos en su eficacia.

MELANOMA AVANZADO ENFERMEDAD G-III

Las modalidades que se usan en un intento para mejorar las sobrevividas de pacientes con enfermedad G-II también son aplicadas en el manejo del G-III, en adición a la perfusión que puede poseer una aplicación útil en pacientes con recurrencia local post-quirúrgica, quimioterápica sistémica, inmunoterapia y radioterápica, también son disponibles y pueden ser utilizadas solo o en combinación.

La cirugía prudente para reducir la carga del tumor individualmente también puede estar indicada en algunos pacientes previo a la admisión de métodos coadyuvantes, estudio hecho por Yeagar, Eidemiller y Fletcher en 1975.

INMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA

Los bien documentados pero raros ejemplos de regresión espontánea del melanoma en estudio por Everson y Colab. en 1966 de intervalo prolongado ocasionalmente entre la terapia inicial y la muerte de una enfermedad metastática y la incidencia significativa de tumores primarios no identificados, señalan la existencia de una respuesta inmunoefectiva en algunos individuos afec-

tados con melanoma maligno. El sistema inmune del cuerpo es capaz de responder a estímulos antigénicos con una respuesta celular o ambas dependiendo de la naturaleza del estímulo, la respuesta humoral medida por la producción de anticuerpos circulantes es de vital importancia en la resistencia del cuerpo a la invasión bacteriana, la respuesta celular inmune es ejemplificada por el fenómeno de rechazo de injerto en el cual el linfocito es la célula dominante, trabajos de laboratorio y observación clínica indican que ambos sistemas son operativos en la inmunología de tumores, según Hillstron, Piere y Yang en 1968 Clarck y Nathanson en 1973.

No debe ser consideradas como entidades separadas la relación entre las respuestas celulares y humorales en la resistencia del huesped al tumor es clara, pareciera que la respuesta celular es una manifestación temprana de la resistencia a la invasión del tumor, evidencia convincente ha sido demostrada en la relación directa entre la competencia celular inmune demostrada por respuesta de hipersensibilidad tardía y la habilidad para combatir la diseminación del melanoma.

En un estudio de 116 pacientes 80% de aquellos con G-I fueron capaces de reaccionar con DNCB mientras que solo de 36% de aquellos con G-II reaccionaron y un mal pronóstico fue la pérdida de la hipersensibilidad tardía durante el curso de la enfermedad estudio efectuado por Eliber, Nizzer y Norton 1975.

Las observaciones hechas por Woosruff y Forther en 1975 mostraron que los resultados de respuesta celular máxima ocurrieron en melanoma G-II y fue virtualmente no existente en tumores G-V.

Factores humorales son también de importancia en la fase temprana de la enfermedad y ha sido observado que mientras la

enfermedad progresa, anticuerpos circulantes previamente detectados son métodos especiales desaparecen en el suero (Estudio de Lewis 1972).

La presencia del anticuerpo circulante ha sido descrita por varios grupos de trabajadores usando la técnica de inmuno-fluorescencia (Estudio de Morton, Malmgren, Holmes y Ketcham 1968; y Lewis y colaboradores 1969).

Un factor bloqueante ha sido detectado en pacientes que responden mal después de la terapia para el melanoma, este factor ha sido demostrado ser capaz de prevenir la destrucción in-vitro de las células del tumor del mismo paciente por linfocitos citotóxicos, un factor potencial en el suero de pacientes que han combatido con éxito su enfermedad avanzada, pero las técnicas también pueden jugar un papel en el manejo de los pacientes, - con enfermedad G-II en los cuales es sabido que el pronóstico es pobre; varias formas de terapia inmune están en investigación los resultados son difíciles de evaluar en técnicas de diferentes laboratorios y la falla de series de pacientes, estadísticamente significantes.

Los tipos de terapia inmune corrientemente bajo investigación son:

- 1.- No específica: en la cual un antídoto no relacionado al melanoma es usado para estimular la respuesta inmune del huesped.
- 2.- Terapia inmune adaptativa: por el uso de linfocitos alogénicos por transfusión o por el uso de factor de transferencia.
- 3.- Inoculación antigénica específica: usando células de melanoma o extracto celulares que son no viables pero todavía

guardan su capacidad antigénica.

- 4.- Un ataque inmúneterapéutico combinado.

INMUNOTERAPIA NO ESPECIFICA:

Observaciones significantes en la remisión del melanoma después de la estimulación no específica presumible de la respuesta inmune han sido reportados luego de una sensibilización con BCG (estudio de Morton y Colb. 1971 y de Klin y Holterman 1972) vacuna con virus (estudio de Belisero y Milton 1961) con BCG estudio de Morton y Colb. 1974) Experiencias con BCG es más extensa y resultados significantes han sido reportados en series de 151 pacientes, tratados en un período de 7 años, ellos han encontrado que el BCG tiene un lugar definitivo en el manejo de melanoma avanzado, pero es solo efectivo en aquellos pacientes que tienen competencia inmune demostrada por la habilidad de ser sensibilizados al DNCB y en aquellos pacientes que tienen volumen pequeño del tumor metastásico, individuos con metástasis viscerales masivas no responden bien y pueden ser ayudados por resección del tumor metastásico previo al tratamiento con BCG. Los que mejor responden son aquellos en los cuales las metástasis estaban confinadas a la piel, una remisión del 90% de los (ganglios) inyectados directamente con BCG fue observada con pacientes inmúnocompetentes. Así como una remisión del 17% para ganglios tumorales inyectados, sobrevida prolongada fue notada en aproximadamente 30% de los pacientes. Observaciones similares han sido reportadas por otros investigadores (Pinsky, Hirshaut, y Oetger en 1973 Lieberman, Wybran y Epstein en 1975) el uso de BCG como un coadyuvante profiláctico para la terapia quirúrgica también está siendo estudiada por Morton y Col. 1974. Una prolongación del tiempo de sobrevida libre de enfermedad ha sido reportado en series pequeñas de pacientes con un seguimiento corto en los cuales la misma conducta es usada.

El uso del BCG lleva algunos riesgos, sin embargo los cuales deben ser apreciados por el paciente y el médico, estos incluyen fiebre, linfadenitis aguda, formación de abscesos locales y disfunción hepática (estudio de Spark y Col. 1973), hipersensibilidad alérgica resultante en muerte e infecciones BCG generalizadas, también han sido reportadas la disparidad de los resultados reportados y la incidencia de aplicaciones puede ser descrita a una combinación de factores entre los cuales está el modo de inyección, el cual puede ser directamente de los nódulos metastáticos de la piel o por escarificación de la piel normal (estudio de Bluming, Vogel, Ziegler, Mody y Kanya 1972) y la conocida diferencia potencial de las preparaciones BCG disponibles, cuando las bien conocidas variaciones en el curso clínico del melanoma y las variaciones individuales en la competencia inmune son consideradas, es obvio que el valor de la terapia con BCG en todos los estados del melanoma no es enteramente clara.

TERAPIA ADAPTATIVA INMUNE:

El conocimiento que el linfocito es la célula en la inmunidad de tumores ha resuelto en intentos por transferir una población de células inmunocompetentes a pacientes cancerosos considerados carentes de tales células (estudio de Wood, Druff y Symes en 1962) y una remisión ocasional imprevista ha sido observada en pacientes con melanoma (según Nadler y Moore 1965).

En un intento de aumentar el grado de inmunidad obtenido y para evitar reacciones transfusionales, un factor de transferencia (Laurence 1954), derivado de la liofilización de glóbulos blancos estimulados por un transporte de tumor alógeno ha sido también usado como instrumento terapéutico (Blades, Galton y Wiltahaw en 1971) Algunos resultados alentadores han sido reportados con remisiones aparentes en situaciones de otra forma sin esperanza (según Kremenz y Colaboradores en 1971).

La naturaleza de la población del nódulo linfático aún es completamente entendida y parece haber una diferencia entre los linfocitos de la sangre periférica, los cuales no reaccionan contra células tumorales autólogas in vitro (estudios de Ambus y Colab. en 1974), Esto explica en parte la falta de respuesta clínica observada por otros investigadores que trabajan en la misma dirección (estudios de Prince, Hewelett, Deodhar y Barna 1974).

TERAPIA ESPECIFICA INMUNE:

El uso de preparaciones celulares de melanoma autógenas y alogenas en la terapia del melanoma también ha sido investigado la razón del uso de las preparaciones de células específicas, está basada en los aumentos observados en anticuerpos citotóxicos después de la inyección de células de melanoma irradiadas a pacientes con melanoma. Tales elevaciones son de corta duración y son dosis dependientes para mejorar clínicamente es notable a pesar de los aumentos.

Un aumento en la citotoxicidad in-vitro de linfocitos de pacientes con melanoma G-II también fue observado usando un estímulo antigénico similar de un nevo sin mejoría clínica (estudio de Currie, Lejeune y Fairley 1971).

Extracto de células de melanoma también han sido investigados y esperan pruebas clínicas posteriores (estudio de Goodwin, Hoenund y Kremenz en 1973).

QUIMIOTERAPIA

Todas las drogas disponibles para la terapia del cáncer ha sido disponible y probadas en un aumento en el tratamiento del melanoma avanzado y aún así no ha sido desarrollado ningún régimen efectivo para uso sistemático en esta enfermedad.

El valor de la terapia es difícil de evaluar debido a las variaciones reportadas en las dosis y tiempo. El pequeño número de casos en memoria de las series y la falta de estudios controlados.

Hoy en día varias drogas son conocidas de producir una respuesta clínica en el manejo del melanoma avanzado, una respuesta clínica es definitiva como una regresión del 50% o más en el tamaño del tumor persistente por unos o más meses, la más útil de las drogas disponibles es la Dimetil-Triazeno-Imidazol-Carbonida (DTIC) en 5 años de pruebas clínicas los datos de respuesta en el manejo de 25% han sido reportados en 806 pacientes por estudios de Luce en 1975. Combinaciones de drogas quimioterapéuticas - las cuales han sido observadas en el manejo de otras neoplasias y son muy efectivas. También están recibiendo pruebas clínicas en la terapia del melanoma. Las más prometedoras son las combinaciones de DTIC con BCNU. Como otras modalidades coadyuvantes discutimos anteriormente han sido observados en pacientes G-III con un mínimo de carga tumoral sin metastásis viscerales - son las que mejor responden, esto sugeriría que tal vez una indicación primaria. Por ejemplo del nivel G-IV, el melanoma del tipo Nodular G-V en la espalda de pacientes masculinos y un G-II con involucramiento de nódulos linfáticos regionales.

El efecto adverso de la quimioterapia en la defensa inmune de pacientes con trasplantes renales y otras enfermedades que son tratadas por supresión de la respuesta inmune ha sido documentada por Penn en 1975.

Las drogas mencionadas anteriormente no han sido implicadas y cuando ellos son usadas de una forma intermitente el individuo es capaz de responder a estímulos antigénicos de la manera usual. Esto ha acelerado la evaluación de la quimioterapia combinada usando el DTIC y BCG.

Series de 89 pacientes tratados con este régimen han sido reportados y en un seguimiento de 12 meses 28% permanecieron en remisión comparando con 0% en el tratamiento con 1010 DTIC según el estudio de Gutterman y Colb en 1974.

Este tipo de combinación entre ambas abre nuevos puntos de vista para la investigación sobre el concepto de terapia clínica en la cual la reducción de la carga tumoral por cirugía seguida de un régimen inmunoterapéutico aumenta la efectividad total del tratamiento más alto obtenido usando cada una separada.

TERAPIA RADIACIONAL:

La evaluación de la terapia radiacional para el tratamiento del melanoma es difícil debido a que en algunas series las lesiones solo han sido tratadas sin una biopsia anterior y puede representar solo carcinoma de células basales pigmentadas, estudios de Pearson en 1974. Una terapia radiacional preoperatoria en un intento para mejorar los datos de sobre vida han sido reconocidos sin embargo no existe estadística disponible para justificar tal tratamiento (trabajo realizado por Trapasnikov y Niviskaya 1972). El manejo de enfermedades avanzadas la terapia de radiación tiene valor en el tratamiento de metastásis cerebrales en donde algunas mejorías en la calidad de vida puede ser obtenida.

1. Sexo
2. Motivo de consulta
3. Tiempo de evolución
4. Diagnóstico de ingreso
5. Diagnóstico de egreso
6. Patología
7. Tratamiento
8. Egreso
9. Seguimiento de caso
10. (MACH) en los casos del INCAN

OBJETIVOS

El presente trabajo está basado en la revisión de 74 expedientes con probable diagnóstico de Melanoma, estudiados en el Hospital Roosevelt e INCAN.

Se revisaron en H. Roosevelt 33 papeletas correspondientes a un período de 10 años (1963-1972), de las cuales 11 resultaron con diagnóstico fidedigno, comprobado por patología.

Tratando de realizar un estudio más completo, se obtuvieron datos de 3 años (1975-1977) en el hospital INCAN. Tomando en cuenta que este es un centro de cancerología.

Se encontraron 41 casos de Melanoma, referidos y consultados a este Hospital, de los cuales 25 fueron los consultados directamente a este centro.

Para el presente trabajo se tomaron los siguientes parámetros:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Motivo de consulta
- 4.- Tiempo de evolución
- 5.- Diagnóstico de ingreso
- 6.- Diagnóstico de egreso
- 7.- Patología
- 8.- Tratamiento
- 9.- Egreso
- 10.- Seguimiento de caso
- 11.- Citología (en los casos del INCAN)

ESTADISTICAS EFECTUADAS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

El estudio comprendió un período de 10 años (1963 a 1972) en el que se revisaron 33 fichas con impresión clínica inicial de MELANOMA, confirmándose este en solo 11 casos.

El estudio analítico de los 11 expedientes fue realizado de la siguiente manera.

ESTADISTICAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

#	H.CL.	SE XO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA	METODO DIAG NOSTICO	TRATA- MIENTO	IMP. CLI- NICA	DX DE EGRESO
1	276669	M	78	Masa inguinal de 5 a. de evolución	Patología de resección de masa	Teletterapia	Melanoma	Melanoma
2	269667	M	47	Lunar aumentado de tamaño en región pectoral de 7m. de evolución	Biopsia	Resección radioterapia	Ca. basocelular	Melanoma
3	327072	M	36	Masa en pierna izquierda de 1a. evol.	Resección	Caso terminal	Masa etiol. a determinar	Melanoma metastático
4	28137	M	30	Zona de despigmentación en brazo y hombro de 5m. evol.	Resección	Radioterapia	Vitiligo	Melanoma
5	300409	F	61	Pálido nasal de 5a. evol.	Resección	Rinoplastia	Pólipo nasal	Melanoma
6	377059	F	52	Lesión verrugosa infra-nasal de 5 a. evol.	Biopsia y Resección	Resección	Melanoma	Melanoma
7	388680	M	74	Irregularidad y ardor al defecar	Protosignoidoscopia-resección	Resección y Radioterapia	Hemorroides	Melanoma

#	H.CL.	SE- XO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA	METODO DIAG NOSTICO	TRATA- MIENTO	IMP. CLI- NICA	DX DE EGRESO
8	423324	F	51	Masa que dificulta para tragar 5 m. evol.	Resección	Resección	Condiloma anal	Melanoma
9	218033	M	41	Ulceración tumoral en pie, sec. a traumatismo de 3 m. evol.	Biopsia	Caso terminal	Ca. primario Melanoma??	Melanoma
10	250798	M	28	Herida en talón y granuloma de 15 d.	Biopsia	Caso terminal	Ca. primario Melanoma??	Melanoma
11	226149	M	42	Tumoración ing. sec. a herida de 3m. evol.	Biopsia	Caso terminal	Adenitis múltiple	Melanoma maligno pigmentado

30

31

SEXO

SEXO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
------	---------------------	--------------

Masculino	8	72.72
Femenino	3	27.28
TOTAL	11	100.00

EDAD

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
20 - 30	3	27.28
40 - 59	6	54.54
60 - 79	2	18.18
TOTAL	11	100.00

MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de consulta	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Masa	3	27.28
Aumento de crecimiento de lunar	1	9.09
Verruga	1	9.09
Ardor anal	1	9.09
Despigmentación	1	9.09
Ulceración más tumoración	1	9.09
Granuloma se. a herida	1	9.09
Tumoración	1	9.09
TOTAL	11	100.00

IMPRESION CLINICA DE INGRESO

IMPRESION CLINICA DE INGRESO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Melanoma	2	18.18
Ca. basocelular mas Melanoma	1	9.09
Masa etiología a det.	1	9.09
Vitiligo	1	9.09
Pólipo	1	9.09
Hemorroides	1	9.09
Condiloma anal	1	9.09
Ca. primario-Melanoma	1	9.09
Granuloma partes blandas	1	9.09
Adenitis inguinal múltiple	1	9.09
TOTAL	11	100.00

DIAGNOSTICO DE EGRESO

DIAGNOSTICO DE EGRESO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Melanoma	8	72.72
Melanoma más metástasis	3	27.28
TOTAL	11	100.00

REGION AFECTADA

REGION AFECTADA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Pie	3	27.28
Ano	2	18.18
Nariz	2	18.18
Pierna	1	9.09
Ingle	1	9.09
Tórax	1	9.09
Hombro y brazo	1	9.09
TOTAL	11	100.00

TIEMPO DE EVOLUCION

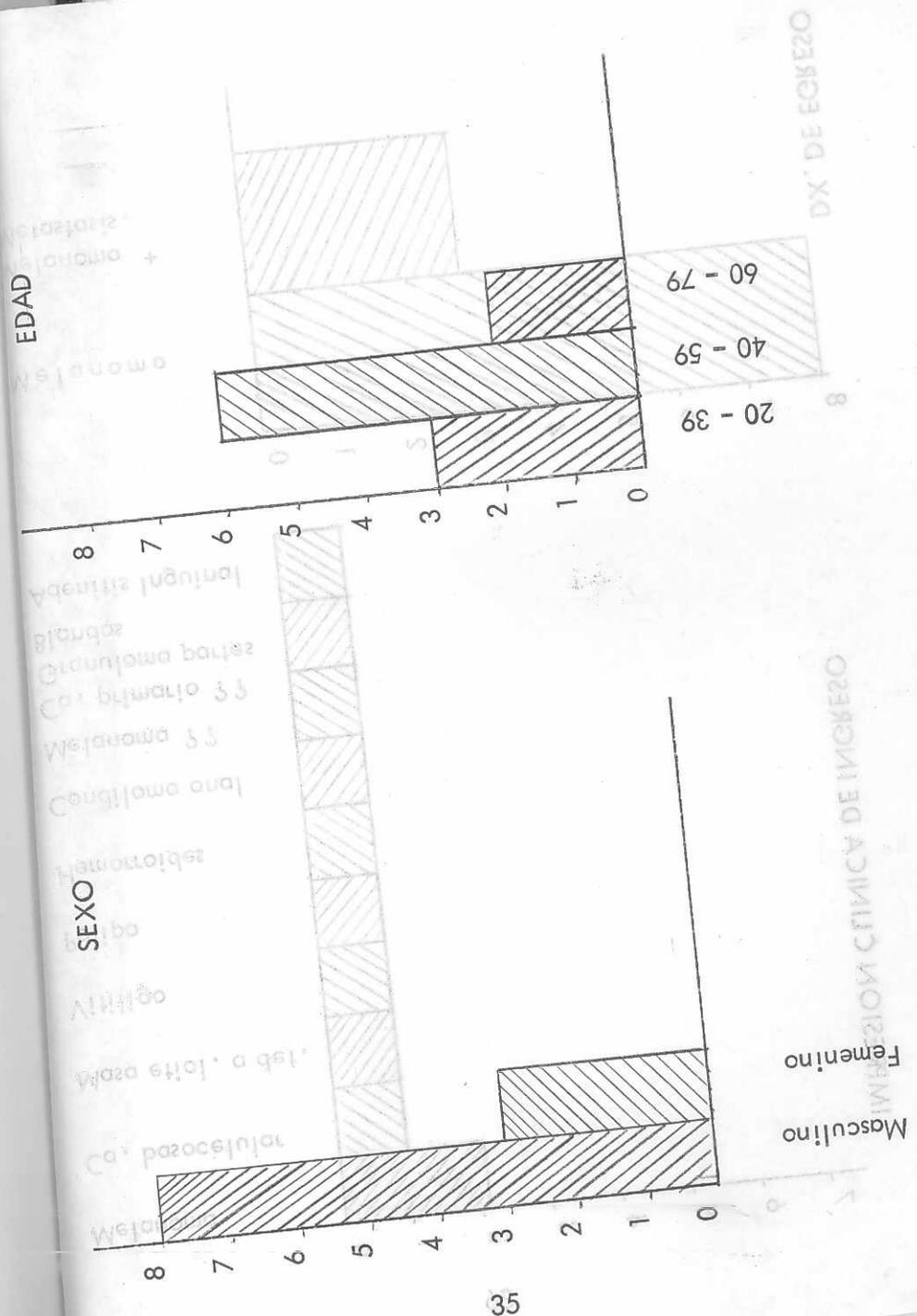
TIEMPO DE EVOLUCION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
15 días	1	9.09
3 meses	2	18.18
5 meses	3	27.28
6 meses	1	9.09
7 meses	1	9.09
1 año	1	9.09
5 años	2	18.18
TOTAL	11	100.00

METODO DIAGNOSTICO

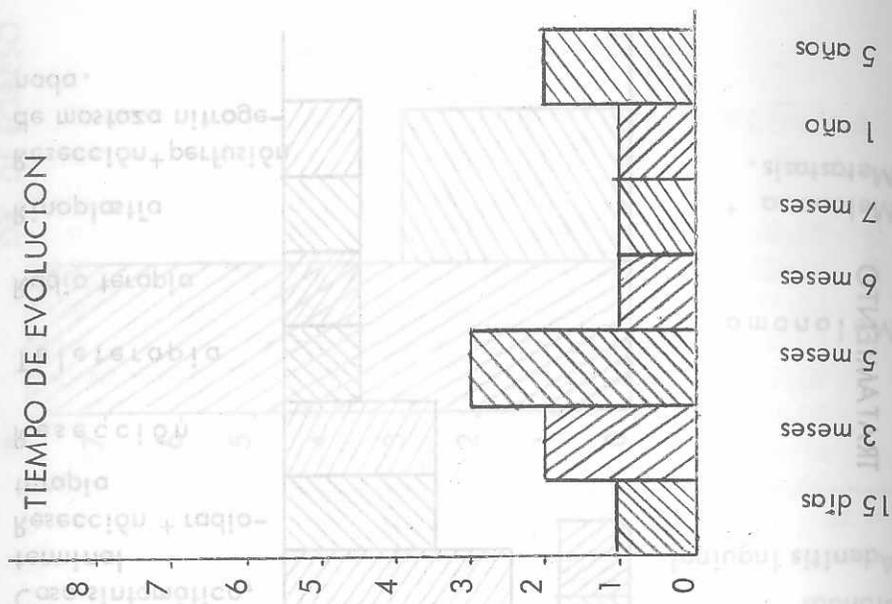
MUESTRA TOMADA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Resección	7	63.63
Biopsia	4	36.36
TOTAL	11	100.00

TRATAMIENTO

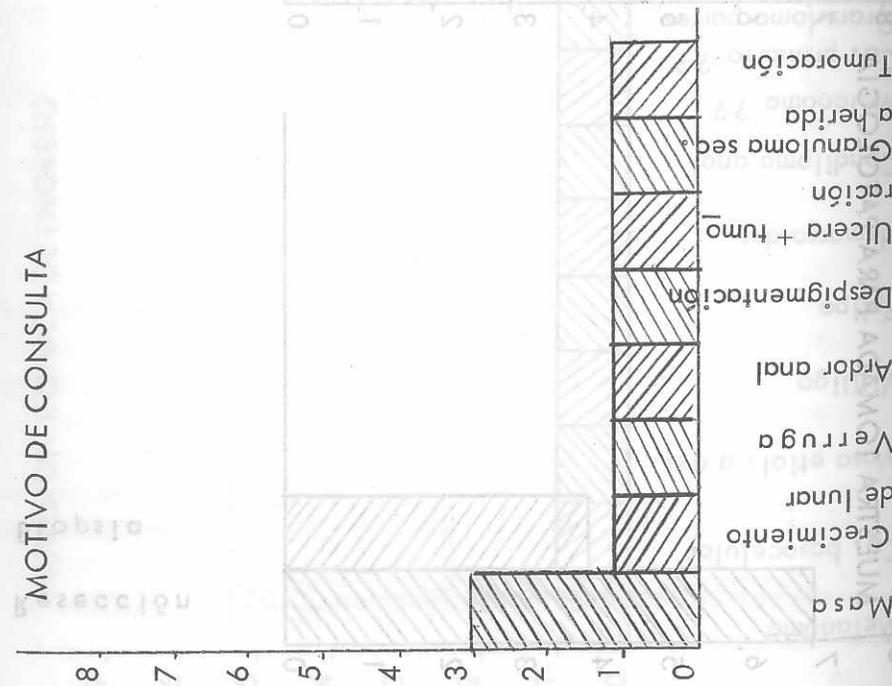
TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Caso asintomático por ser terminal	3	27.28
Resección más radioterapia	2	18.18
Resección	2	18.18
Teleterapia	1	9.09
Radio-terapia	1	9.09
Rinoplastia	1	9.09
Resección más perfusión de mostaza nitrogenada por arteria hipogástrica	1	9.09
TOTAL	11	100.00



TIEMPO DE EVOLUCION



MOTIVO DE CONSULTA



OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

- 1.- Se observó que con respecto al sexo, concuerda con la literatura de otros países, ya que hay un predominio del sexo masculino, con una incidencia de 8 casos, siendo un 72.72%, y sexo femenino 3 casos con un 27.28%.
- 2.- Con respecto a la edad, la mayor incidencia es de 40 a 59 años con 6 casos, siendo un 54.54%. La menor incidencia es entre los 66 a 79 años con 2 casos siendo el 18.18%.
Se hace notar que se encontraron 3 casos entre 20 a 39 años.
- 3.- El mayor motivo de consulta fue: masa en diferentes partes del cuerpo en 3 casos con un 27.28%, luego le siguen las otras consultas en número de 1.
- 4.- En el tiempo de evolución se encontró que el menor tiempo fue de 15 días y el mayor de 5 años.
Como observamos 15 días es un tiempo mínimo, por lo que deberíamos estar más educados con respecto a esta etiología.
El mayor número de pacientes reportó como tiempo de evolución 5 meses en un número de 3 pacientes con un 27.27% y entre uno de los menores está el de 15 días con 1 paciente, con un 9.09%.
- 5.- El método diagnóstico se realizó en general a base de Histopatología, la mayor muestra fue tomada de Resección en un número de 7 pacientes con un 63.63%, siguiéndole la Biopsia con 4 pacientes siendo un 36.36%.

6.- Con respecto al tratamiento, tenemos que lamentablemente 3 casos fueron terminales, por lo que no se les aplicó ningún tratamiento más que el sintomático.

2 casos que fueron tratados con resección más radioterapia, otros 2 casos solo con resección, y se observó un caso tratado con resección más perfusión de mostaza nitrogenada por arteria hipogástrica.

7.- La impresión clínica, como es natural fue divergente encontrándose que en 2 casos se pensó inicialmente en Melanoma, siendo el 18.18%; entre las diversas impresiones tenemos Ca. basocelular, masa de etiología a determinar, Ca. primario, etc, etc.

8.- El diagnóstico de egreso se dio tomando en base el reporte Histopatológico, el cual fue: a.- Melanoma 8 casos, con un 72.72%; b.- Melanoma más metástasis, 3 casos, con un 27.28%. Siendo muy lamentable para el pronóstico.

9.- Entre la región afectada; concuerda con la literatura, el mayor fue el pie, en número de 3 casos, con un 27.28%, siguiéndole correlativamente el ano y nariz en número de 2 casos con un 18.18%, luego le sigue, pierna, ingle, tórax, hombro y brazo en número de 1.

El control por consulta externa no fue bueno; los pacientes no tienen anotada en sus papeletas ninguna reconsulta posterior.

Para completar este trabajo, se les citó por telegrama a los pacientes, ninguno asistió, ni respondió.

Como dato comparativo se revisaron tres años en el Hospital INCAN por ser un centro de cancerología, en donde se encontraron 41 casos de Melanoma en los años 1975 a 1977.

De los 41 casos se encontró que 25 fueron de pacientes consultantes directamente a este hospital, el resto de pacientes fueron remitidos por el hospital Roosevelt, General (San Juan de Dios), y de Quezaltenango.

Se tomaron en estudio los 25 pacientes que consultaron directamente al hospital.

1	1891	25	2320	M	4112	F	INCAN	1975	XO	ED	D	LOGIA	DAD	LOCATI-
2	2791	08	4320	F	4120	F	INCAN	1976	XO	ED	D	LOGIA	DAD	LOCATI-
3	2791	08	4320	F	4120	F	INCAN	1976	XO	ED	D	LOGIA	DAD	LOCATI-
4	2791	08	4320	F	4120	F	INCAN	1976	XO	ED	D	LOGIA	DAD	LOCATI-
5	2791	08	4320	F	4120	F	INCAN	1976	XO	ED	D	LOGIA	DAD	LOCATI-
6	2791	08	4320	F	4120	F	INCAN	1976	XO	ED	D	LOGIA	DAD	LOCATI-
7	2791	08	4320	F	4120	F	INCAN	1976	XO	ED	D	LOGIA	DAD	LOCATI-
8	2791	08	4320	F	4120	F	INCAN	1976	XO	ED	D	LOGIA	DAD	LOCATI-

ESTADISTICAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL INCAN

#	REGIS- TRO INCAN	REGIS- TRO HOSPI- TALARIO	SE- XO	EDAD	REGION AFECTADA	TIEM. EVOL.	PATOLOGIA	LOCALI- DAD	
1	1975	175	47715	F	75	Ulcera, cambio de lunar en cara	??	Ca. indiferenciado, probable melanoma amelanotico	Capital
2		177-A	47720	M	80	Nariz	3 a.	Ca. basocelular y melanoma	Capital
3		233	47915	F	63	Cuero Cabelludo	??	Melanoma	Totonica- pán
4		297	47950	F	75	Tumor, más ulceración en pie	3 m.	Dx. clínico	San Pe- dro Ayam- puc
5		250	47980	F	70	Talón-pie	??	Melano-carcinoma	Capital
6		98	47356	F	63	Planta-Pie	12 m.	Melanoma	Puerto Ba- rrios
7		90	47270	F	78	Planta-Pie	12 m.	Melanoma	Capital
8	1976	952	55356	M	68	Dolor-obstrucción, orificio nasal	3 m.	Melanoma	Jutiapa
9		115	52376	F	38	Piel hombro	3 m.	Melano-carcinoma metastático	Capital
10		788	54415	M	48	Cambio en lunar hombro	3 m.	Melano-carcinoma metastático	Capital
11		663	54147	F	85	Cambios de lunar cara.	3 a.	Melanoma	Capital
12		282	53081	M	33	Ulcera pos traumatismo dedo pulgar mano	3 a.	Melano-carcinoma	Totonica- pán
13		495	51593	F	44	Ulcera Planta pie	3 m.	Melanoma	Jutiapa
14		962	55129	F	31	Piel pierna	??	Melanoma	Capital
15		445	51518	F	65	Dedo pie	3 a.	Melano-carcinoma	Retalhu- leu
16	1977	1045	60549	F	54	Piel tórax	??	Melano-carcinoma	Capital
17		1021	59760	F	54	Piel dedo pulgar mano.	??	Melanoma	Capital
18		365	57169	F	66	Piel pie	1 m.	Melanoma	San Ray- mundo
19		352	57134	F	25	Piel Pie	3 m.	Melanoma	Izabal
20		813	59493	M	53	Tumor-ulceración pie	12 m.	Melanoma metastático	Me- Petén

21	841	59506	F	50	Piel dedo pie	7 m.	Melanoma metastático	Huehuetenango
22	697	58803	F	37	Planta pie	??	Melanoma metastático	Capital
23	967	60161	M	69	Piel pie	12 m.	Melanoma	Huehuetenango
24	288	56819	M	63	Piel muslo	12 m.	Melanoma -amelanótico	Escuintla
25	498	57748	M	75	Piel pie	3 m.	Melanoma amelanótico metastático	Jutiapa
12	442	21218	F	92	Dedo pie	3 a.	Melanoma	Capital
13	462	21223	F	94	Dedo pie	3 m.	Melanoma	Capital
15	585	23081	M	33	Planta pie	23 a.	Melanoma-calcificación	Capital
14	993	27173	F	82	Cambio de piel	13 a.	Melanoma	Capital
10	9388	52442	M	618	Cambio de piel	12 a.	Melanoma	Capital
8	112	25319	F	38	Piel pie	3 m.	Melanoma-calcificación	Capital

TRATAMIENTO	ESTADIO	EGRESO	TIEMPO DE EVOLUCION	OFICIO
Excisión con márgenes libres	??	Vive con Ca.	12- 3-75 5- 4-75	Doméstico
Excisión amplia de verruga de párpado y nariz	I	Vive sin Ca.	17- 3-75 29- 5-75	-----
Caso terminal	IV	Vive con Ca.	9- 4-75	Doméstico
Rehusó Tx.	??	Vive con Ca.	2- 4-75 -----	-----
Excisión amplia	I	Vive sin Ca.	14- 4-75 6- 5-75	Doméstico
Resección de nódulos más disección de ingle	II	Vive sin Ca.	13- 2-75 24- 4-75	Doméstico
BCG-rehusó Tx.	III	Vive con Ca.	8- 2-75 -----	Jornalero
Disección de axila y resección	II	Vive sin Ca.	4- 2-75 -----	Doméstico
Excisión amplia de lesión en 2 ocasiones y no completo Tx.	I	Vive sin Ca.	14- 9-76 30-10-76	Comerciante
Excisión amplia, disección de ingle	I	Vive sin Ca.	26- 6-76 7- 9-76	Comerciante

Rehuso Tx. BCG, resección, disección de in- glaterra, amputación de dedo, BCG Reingreso con metástasis a pulmón Falleció de Ca. BCG rehuso Tx. Amputación dedo pulgar-disección de axila Rehuso Tx. BCG-amputación dedo pie no completo Tx. BCG-no completo Tx. Amputación, caso terminal Metrotexate, BCG Excisión BCG, no completo Tx Resección metrotexate, caso termi	?? I IV IV -- ?? ?? ?? IV IV IV IV II ?? IV	Vive con Ca. Vive sin Ca. Vive con Ca. Falleció Vive con Ca. Vive sin Ca. Vive con Ca. Vive con Ca. Vive con Ca. Vive con Ca. Vive con Ca. Vive con Ca. Vive sin Ca. Vive con Ca. Vive con Ca. Vive con Ca. Vive con Ca.	10- 2-76 23-11-76 18- 6-76 IV- 28- 1-77 9-12-76 12-12-76 8- 2-76 15-10-77 22- 4-78 22- 4-77 20- 4-77 21- 9-77 28- 9-77 8-11-77 8- 8-77 15-11-77 12-12-5-78 28- 4-77 3- 4-77 13-11-78	Doméstico Doméstico Doméstico Doméstico Jornalero Doméstico Doméstico Doméstico Doméstico Doméstico Agricultor Doméstico Doméstico Jornalero Agricultor
---	---	--	---	---

SEXO	NUMERO DE PAC.	PORCENTAJE %
Masculino	8	32.00
Femenino	17	68.00
TOTAL	25	100.00

EDAD	EGRESADOS COMO	PORCENTAJE %
20-39	5	20.00
40-59	6	24.00
60-79	12	48.00
80-más	2	8.00
TOTAL	25	100.00

REGION AFECTADA	TIEMPO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EGRESADOS SIN CANCER	PORCENTAJE %
Cuero cabelludo	1	4.00
Cara	3	12.00
Hombro	2	8.00
Mano y dedos	3	12.00
Tórax	1	4.00
Piernas	2	8.00
Pie	13	52.00
TOTAL	25	100.00

TIEMPO	TIEMPO DE EVOLUCION NUMERO DE PAC.	PORCENTAJE %
No refirió	7	28.00
1 mes	1	4.00
3 meses	7	28.00
7 meses	1	4.00
12 meses	5	20.00
3 meses	4	16.00
TOTAL	25	100.00

EGRESADOS	EGRESADOS COMO	
Vive con cáncer	12	48.00
Vive sin evidencia de cáncer	10	40.00
Caso terminal	2	8.00
Falleció	1	4.00
TOTAL	25	100.00

TIEMPO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EGRESADOS
SIN CANCER

TIEMPO	
195 días	1
185	1
118	1
97	1
71	1
70	1
57	1
43	1
22	1
13	1
TOTAL	10

PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	NUMERO PAC.	PORCENTAJE
Capital	11	44.00
Jutiapa	3	12.00
Totonicapán	2	8.00
Huehuetenango	2	8.00
San Pedro Ayampuc	1	4.00
Puerto Barrios	1	4.00
Retalhuleu	1	4.00
San Raymundo	1	4.00
Izabal	1	4.00
Petén	1	4.00
Escuintla	1	4.00
TOTAL	25	100.00

OFICIO

OFICIO	
Doméstico	15
Jornalero	3
Agricultor	3
No dio dato	2
Comerciante	2
TOTAL	25

ESTADIO	NUMERO PAC.	PORCENTAJE %
No tiene	9	36.00
IV	7	28.00
I	5	20.00
II	3	12.00
III	1	4.00
TOTAL	25	100.00

RESULTADO DE PATOLOGIA

PATOLOGIA	NUMERO PAC.	PORCENTAJE %
Cáncer indif. probable		
Melanoma	1	4.00
Ca. Basocelular más		
Melanoma	1	4.00
Melanoma	14	56.00
Clinico	1	4.00
Melano-carcinoma		
metastatico	6	24.00
Melano-carcinoma ul-		
cerado	1	4.00
Melanoma amelanotico	1	4.00
TOTAL	25	100.00

TRATAMIENTO	NUMERO DE PAC.	PORCENTAJE %
Excisión de CA. con márgenes libres	1	4.00
Excisión amplia	4	16.00
Rehusó tratamiento	5	20.00
Resección más disección de ingle y BCG	3	12.00
No completo Tx.	4	16.00
Amputación más disección de ganglios	2	8.00
Amputación más BCG	1	4.00
Amputación	1	4.00
Metrotaxate más BCG	1	4.00
Resección más metrotexate y BCG	1	4.00
Falleció en Tx.	1	4.00
Caso terminal	1	4.00

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

ESTADISTICAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL INCAN.

- 1.- Se pudo observar que la predominancia del sexo femenino es bastante marcada, en un 68%, con un número de 17 casos, en comparación con el sexo masculino que es de un 32.00% en 8 casos. Esto a consideración se toma que la mayoría de pacientes son de la capital, y las que más consultan en hospitales y clínicas son en su mayoría mujeres.
- 2.- Las edades de mayor incidencia son entre 60 a 79 años en un número de 12 pacientes con un 48.00%, siguiéndole entre 40 a 59 años con 6 casos con un 24.00%. Se observó un paciente de 90 años.
- 3.- La región más afectada fue el pie, en un número de 13 pacientes, con un 52.00%, siguiéndole en orden de frecuencia la cara, y las manos, dedos, en un número de 3 pacientes cada uno, con un 12.00% lo cual concuerda con las estadísticas tomadas de otros países. El área menos afectada fue en el Tórax, con 1 caso, 4.00%.
- 4.- El tiempo de evolución, se encontró que 7 pacientes no dieron este dato. El mayor tiempo de evolución fue de 3 años con 4 pacientes, 16.00%.
La mayor incidencia fue de tres meses, con 7 pacientes - siendo un 28.00%, la menor incidencia fue de 1 mes con 1 paciente 4.00%.
- 5.- Entre los resultados de Histo-patología se encontró con que el mayor reporte es de Melanoma en 14 casos con un 56.00%. Melanoma más metástasis 6 casos 24.00%, se encontró un

- 6.- Con respecto al Estadio se encontró que 9 casos probablemente fue de "0" o no se reportó, el estadio de mayor incidencia es el IV con un 28.00% en 7 casos, y el de menor incidencia fue el estadio III con un caso, 4.00%.
- 7.- El tratamiento se encontró que lamentablemente 5 pacientes rehusaron el tratamiento, siendo esto un 20.00%; el mayor porcentaje de tratamiento lo tenemos en la excisión amplia con 4 pacientes siendo un 16.00%.
- 8.- En relación a la procedencia, tenemos el de la capital en 11 pacientes, con un 44.00%.
Se observó que la mayoría de la capital son mujeres.
- 9.- Con respecto al oficio o la profesión, concuerda con lo ya dicho el mayor porcentaje, lo tenemos que es el Oficio Doméstico, con 15 pacientes siendo un 60.00%, siguiéndole el de jornalero y agricultor, con un número de 3 pacientes cada uno siendo un 12.00%.
- 10.- En el Egreso, se observó la gran incidencia de pacientes que aún sabiendo que tienen cáncer, rehusan el tratamiento y otros que no lo cumplen.
Se encontró que 12 pacientes viven con cáncer siendo esto un 48.00%, 10 pacientes viven sin evidencia de cáncer, siendo esto un 40.00%, y se observó 2 casos terminales, - uno falleció en tratamiento.
- 11.- El tiempo de tratamiento de pacientes egresados sin evidencia de cáncer, se encontró que el mayor fue de 195 días y el menor de 13 días, los pacientes en su mayoría fueron tratados externamente, y algunos externa e internamente.

12.- Se observó que nuestra gente ya ha comprendido bastante lo importante de consultar al médico los cambios observados en su cuerpo, ya que estadísticamente la mayoría consultó por problemas dérmicos.

13.- Se concluye que lamentablemente algunos pacientes consultan ya muy tarde, llegando a ser este el caso intratable o caso terminal, y fallecer por ello.

RECOMENDACIONES

- 1.- Observamos que en el hospital INCAN es alta la incidencia de esta patología, aunque la mayoría de pacientes consultan por problemas estéticos, como es en el sexo femenino, sin saber la consecuencia de este, al no haberse tratado a tiempo. Por lo que deberíamos de tratar de que se funda más las características y manifestaciones de esta enfermedad.
- 2.- Concientes de la gran incidencia de este problema debemos de efectuar un examen más minucioso a nuestros pacientes y darles la debida importancia a lunares, verrugas, además por traumatismos, que no sanen.
- 3.- En los hospitales es preferible retener al paciente hasta tenerle todo su expediente completo, en este caso es la histopatología lo más importante, para que no se pierdan los pacientes sin saber su verdadero diagnóstico y las consecuencias de un mal tratamiento, o que luego regresen más complicados o en fase terminal.

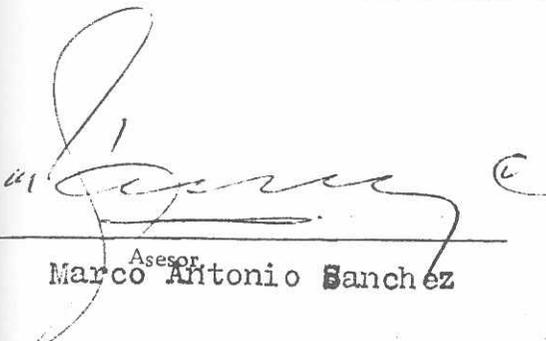
BIBLIOGRAFIA

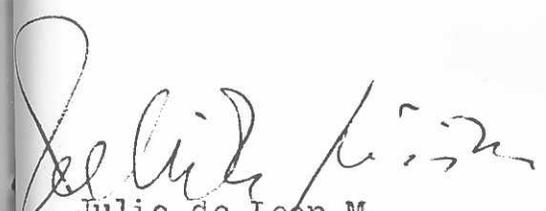
- 1.- Classification of Malignant Melanoma and Its Histologic Reporting.
Cancer December 1977
Clinica Medica.
- 2.- Bleslow A: Trickness, Cross Sectional are and Depth of Invasion in the Prognosis of Cutaneous Melanoma
- 3.- Clark, W, H, a Classification of Malignant Melanoma in man Correlated with Histogenesis and Biological Behaviour, in advances in Biology of the Skin, The Pigmentary, system, W, Montagna and F. Hu Eds.
Vol 8
London Pergaman Press Ltd 1967
- 4.- Clark H. Jr. From L. Bernadino E. a and. Mihm M. E. Jr. The Histogenesis and Biologic Behaviour of Primary - human Malignant Melanoma of. the Skin 1969
- 5.- Clark W. H. Jr. and Mihm M C. Jr. Lentigo Maligna and Lentigo Maligna Melanoma and J. Pathol 1969
- 6.- Little J.H. Partiol Regression in Primary Cutaneous Malignant Pathology 1971
- 7.- Mc Govern V.J. the Classification of Melanoma and Its relationship
With Prognosis Pathology 1970.
- 8.- Contemporary Treatment of Malignant Melanoma
Blake Cady, Marle A. Legg, Amme B. Readferm MD
Boston Massachusetts

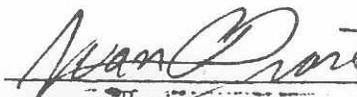
- 9.- Allen A.C., and Spitz S. Melanomas Diagnosis and Prognosis, Cancer 1953
- 10.- Block G.E. Malignant Melanoma A. Study of 47 Cases - Ann.
Sury 154 Suppl 74-87 1961
- 11.- Davis J. Pack G.T. and Higgins G.K. Melanotic Feckle of Hutchinson
An J. Surg. 1967
- 12.- Niviaskaya, M.M. Long Term Resulta of Melanoma Treatment Acta.
Univo Intern Contra Cancrun 1964
- 13.- Janes Ag. Cancer Prognosis Manual 2nd ed New York, - American Cancer Society 1967
- 14.- Magnus K; incidence of. malignant Melanoma Spring Field Illinois Thoms 1969
- 15.- Ankerman M.D., Lauren V. del Regato M.D., Juan A. - Cancer Diagnosis, Treatment and Frognosis. the C.V. - Mosby Company. 1974
- 16.- Kremantz M.D. Edward T. The New England Journal Of Medice. Sept. 1977
- 17.- Lewis M.D.F.A.C.P. George M. Dermatology Practical. Philadelphia 1959.
- 18.- London Saturday. The Lancet 14 oct. 1978. Volume II
- 19.- Mali, Migmegen, J.W.H. Problems in Dermatology 1976

- 20.- Morquis Converse M.D. John Reconstructive Plastic Sugery Tumors Of The Head And Neck. Skin Tumors 1977
- 21.- Scherung Corporation U.S.A. Erupciones Tumorales
- 22.- Sugerencias de Reconstrucciones Plásticas. Sept. 1975
- 23.- Swith, Janes W. Grabb M. D., William C. Cirugía Plástica.
- 24.- Scandinavian Jorunal Of Plastic and Reconstructive Surgery vol. 12 1978 No. 1
- 25.- Elwood J.M. Lee, J.A. H. Walter, S D. Mo. T. Green, A.E.S. 1974 Relationship of Melanoma and other Skin Cancer Mortaly to Latitude and Ultraviolet Radiation in the United States and Canada 1976
- 26.- Lancaster, H.O. 1956 Some Geographical aspects of the mortality From Melanoma in Europeans Med J. Aust 1.
- 27.- Clark W.H. 1975 The Classification of Human Primary Malignant Melanoma an Joinr Committee for Cancer Staging and End Resuts Reporting.
- 28.- Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica Oncología Quirúrgica Agosto de 1974 Interamericana.


Br. ELENA RIVERA GIRON


Asesor
Marco Antonio Sanchez


Julio de Leon M.
Director de Fase III

Dr. 

Revisor.
Dr. José Alberto Treviño Cas
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO N°


Dr. Raúl A. Castillo
Secretario


Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano.