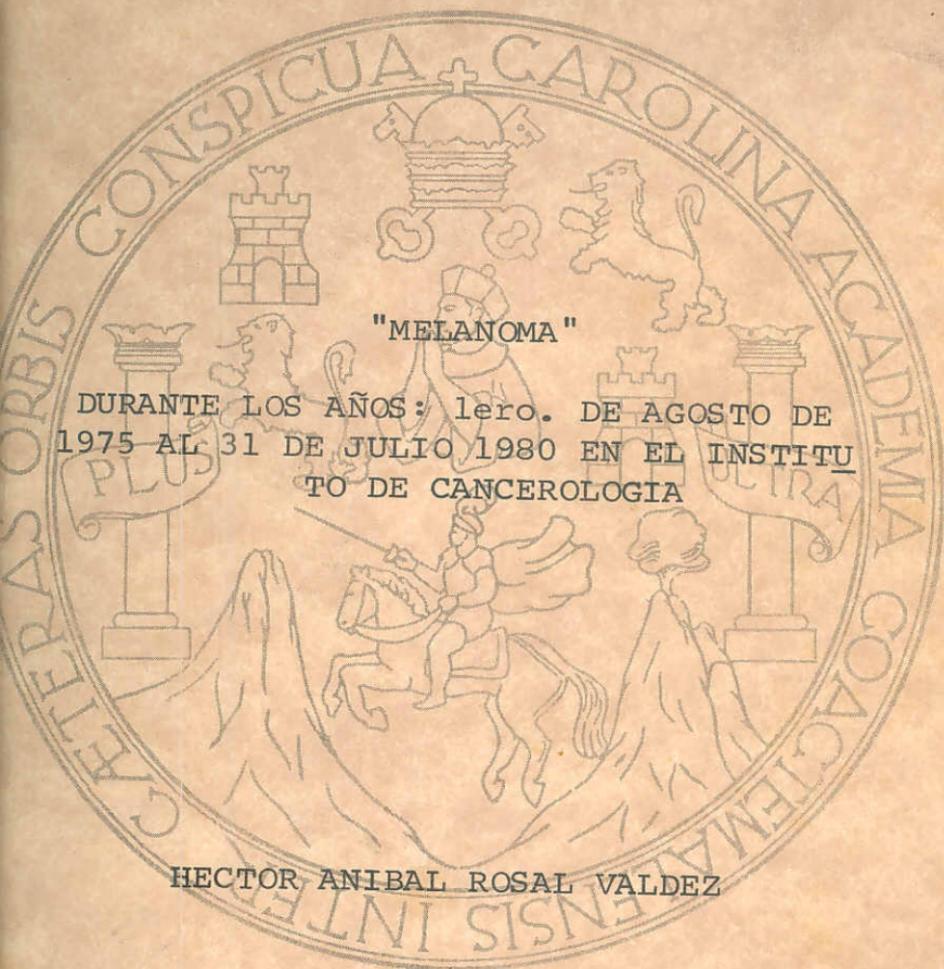


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"MELANOMA"

DURANTE LOS AÑOS: 1ero. DE AGOSTO DE
1975 AL 31 DE JULIO 1980 EN EL INSTITU
TO DE CANCEROLOGIA

HECTOR ANIBAL ROSAL VALDEZ

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1980.

PLAN DE TESIS

- I.- INTRODUCCION
- II.- OBJETIVOS
- III.- HIPOTESIS
- IV.- MATERIAL Y METODOS
- V.- ASPECTOS GENERALES
 - V.- I-) DEFINICION
 - V.- II-) ETIOLOGIA
 - V.- III-) EPIDEMIOLOGIA
 - V.- IV-) PATOLOGIA
 - V.-IV-I- PATOLOGIA
MACROSCOPICA
 - V.-IV-I- PATOLOGIA
MICROSCOPICA
- VI.- CUADRO CLINICO
- VII.- ESTADIO CLINICO
- VIII.- CLASIFICACION HISTOLOGICA
- IX.- NIVELES DE INVASION
- X.- DIAGNOSTICO

XI.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

XII.- TRATAMIENTO

XII.- I-) PREVENCIÓN

XII.- II-) QUIRURGICO

XII.- III-) QUIMIOTERAPIA

XII.- IIIIV-) INMUNOTERAPIA

XIII.- PRONOSTICO

XIV.- PRESENTACION DE RESULTADOS

XV.- CONCLUSIONES

XVI.- RECOMENDACIONES

XVII.- BIBLIOGRAFIA

"INTRODUCCION"

En el campo de la Medicina nos enfrentamos a problemas de salud que despiertan nuestro interés y que nos hacen investigar sobre los mismos. Es así como las enfermedades neoplásicas en general son actualmente objeto de minuciosos estudios en cualquier parte del mundo.

Por dicha razón he considerado realizar mi trabajo de tesis sobre "MELANOMAS", estudio retrospectivo de cinco años (1-Agosto-1975 al 31 julio-1980) en el INSTITUTO DE CANCEROLOGIA (IN CAN), exclusivamente, pues los estudios anteriores en nuestro país se han hecho en éste y otro Hospital a la vez. Para así llegar a determinar la incidencia de ésta neoplásia en el "INCAN", el sexo más afectado, localizar el sitio anatómico más frecuente, el grupo etario en el cual su ocurrencia es mayor, así como establecer el manejo adecuado de estos pacientes, su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Mediante el análisis de los casos encontrados tratando de establecer nuevos conocimientos científicos y las mejores técnicas de estudio y tratamiento del problema reconociendo recursos y limitaciones del mismo.

Se analizaron cinco años de "MELANOMA", diagnosticados por hallazgos anatomopatológicos - de piezas quirúrgicas de pacientes durante ese período hospitalizados, Se investigaron los datos clínicos más importantes: Edad, sexo, grupo étnico (raza), procedencia, profesión u oficio, motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes, signos y síntomas, diagnóstico --

clínico, diagnóstico histológico; (patología), estadio, clasificación, localización de la lesión (área afectada), tratamiento, reacciones clínicas de tratamiento con Quimioterapia y pronóstico.

Considero que el presente trabajo contribuirá con conocer mejor una parte de los problemas de salud que afectan a nuestra población y cuyas características deben estudiarse a fin de llegar a ser capaces de establecer nuestros propios conceptos basados en estudios nacionales.

"OBJETIVOS"

- 1.- Determinar la incidencia de esta neoplásia en el Instituto de Cancerología (INCAN).
- 2.- Determinar los diferentes tipos de Melanomas. Así como determinar cual de éstos es el más frecuente.
- 3.- Establecer el grupo etario y el sexo más afectado por esta neoplásia.
- 4.- Establecer el manejo adecuado de los pacientes, su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico.
- 5.- Obtener un conocimiento de la posible etiología.
- 6.- Determinar el número de casos en los cuales se encontro antecedentes de cirugía previa de los Nevos o tratamiento anteriores.
- 7.- Localizar el sitio anatomico más frecuente de ésta neoplásia.
- 8.- Establecer la clasificación más aceptada - actualmente del Melanoma Maligno.
- 9.- Determinar la sintomatología más frecuente.
- 10.- Contribuir al conocimiento del Melanoma en Guatemala mediante la revisión bibliográfica.

"HIPOTESIS"

- 1.- "La incidencia del Melanoma Maligno en el Instituto de Cancerología es Baja".
- 2.- "En el Instituto de Cancerología el diagnóstico de Melanoma se realiza con más frecuencia en Hombres que en Mujeres".

"MATERIAL Y METODOS"

MATERIAL

Para realizar el presente trabajo se efectuó un estudio retrospectivo de cinco años en el Instituto de Cancerología del 1.º de agosto de 1975 al 31 de julio de 1980, para determinar el número de casos de Melanoma Maligno diagnosticados en ese período. Mediante la revisión (reporte) Biopsias, Historia clínica, utilizando para el efecto: Los datos proporcionados por todos los pacientes que consultaron al "INCAN" y a quienes se les Dx. Melanoma, luego de la evaluación previa, archivo de patología, archivo clínico del Instituto de Cancerología de Guatemala.

METODO

Se utilizó básicamente el método inductivo deductivo basándose en fichas de obtención de datos Nos. 1 y 2, elaboradas previamente, que sirvieron en la investigación la cual se inició recopilando los datos contenidos en ficha No. 1 en el archivo de patología, anotando los clasificados como Melanomas, para luego en base a número de historia clínica se solicitaron al archivo general del Instituto de Cancerología, para llenar los datos contenidos en ficha No. 2.

Obtenidos los datos anteriores se procedió a tabularlos según proceso estadístico.

ASPECTOS GENERALES

Definición:

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. (12-24).

ETIOLOGIA:

La Etiología del Melanoma no es todavía definitivamente conocida. El traumatismo a la piel normal y la pre-existencia de lunares, ardor e influencias genéticas pueden jugar un papel en la moderación de respuestas a el agente insitante. La exposición a los rayos actínicos del sol aparentemente son un factor importante, especialmente en personas sensibles a la luz.

Los Melanocitos en la piel están expuestos a la radiación solar y son grandemente responsables a la formación de Melanina, un pigmento que aparentemente protege la piel contra el daño solar. Estudios Epidemiológicos tienen indicado un aumento de la incidencia del Melanoma en caucásicos como los de Ecuador. Davis y sus asociados reportaron una serie de 400 casos de Melanoma en el cual el 70%, tuvieron historia de exposi

ción significativa a la luz solar, esto permitió al 30%, con no exposición a la luz solar como una causa insitante.

Lee y Merrill intentaron explicar esto sobre la suposición que las características de cambios malignos pueden tener decisión genética antes de la exposición al agente insitante.

Algunos autores tienen también especulado sobre el mecanismo de la inducción de la luz solar en el melanoma maligno. Los tipos superficiales no invasivos son sin embargo producidos por la activación solar directa; El Melanoma nodular y otros tumores, aparecen en áreas expuestas y son el resultado de un agente químico relacionado por la exposición de la piel al sol. Este agente fue identificado como factor solar circulante y su naturaleza es desconocida, Lee y Merrill sugirieron el término Melanocito Chalone, sin embargo un virus activado podría también conformar las propiedades del factor solar circulante. (1,12,15,33).

La herencia juega probablemente un papel en algunos casos de Melanomas. Casos de múltiple ocurrencia en familias son conocidas - y se han reportado en un par de gemelos monocigotos. El eslabon solamente a un desorden genético conocido, es la enfermedad xeroderma-Pigmentada. Estos individuos pueden ser

reportados a tener una incidencia del 50%, de Melanoma Maligno.

Hay grandes suposiciones que el crecimiento del Melanoma es influenciado por las hormonas sexuales, en 1951 Pack y Scharnagel publicaron un reporte en una serie de casos de Melanomas en mujeres embarazadas indicando un pronóstico desfavorable. Puede ser una indicación para aborto terapéutico en casos de deseminación rápida, pero no en la presencia de etapa temprana del melanoma. Andrógenos y estrógenos se conoce el efecto en la melanogénesis, pero su influencia en el crecimiento del Melanoma es desconocida. (8,10,17,26).

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. La irritación ya sea por prendas apretadas, por cauterizaciones han observado que es otra de las posibles causas. (1,24,).

EPIDEMIOLOGIA

En la actualidad se han efectuado múltiples estudios acerca del Melanoma. La descripción adecuada de los melanomas y la consideración de los datos patológicos obtenidos con la biopsia de la lesión pue

den brindar información importante acerca de la conducta biológica y el pronóstico probable en un caso determinado.

En la tercera encuesta Nacional de Cáncer (1969-1971), se encontró que los melanomas malignos de la piel constituyen el 1.4% del cáncer en los Estados Unidos. La incidencia de edad ajustada (standard de 1970), fue 4.5 para blancos y 0.8 para negros por 100,000. Los porcentajes específicos de edades fueron 3.5 para los de 25 a 29 años de edad, aumentando a 7.8 para aquellos de 55 a 59 años y 12.8 por 100,000 para aquellos de 75 a 79 años. Estos raramente ocurren en niños, pero han sido reportados aún al nacer.

Una incidencia mayor de melanomas ha sido reportada más entre africanos que entre negros Americanos, con una proporción más alta en la piel de la planta del pie. Aparentemente existe una incidencia mayor de estos tumores en Australia que en otros países. En la India también se encontró una gran proporción de melanomas malignos de la planta del pie. (1,30).

El 2%, de lesiones negras de la piel se encuentran ser melanomas. Hombres y mujeres están probablemente igualmente afectados, aunque algunos clínicos reportan honda preponderancia de un sexo superior al otro. (12).

PATOLOGIA MACROSCOPICA

Se ha acordado en general que existen tres tipos de melanoma malignos, estos son: 1. Melanoma Maligno Lentigo, el cual se origina de un maligno lentigo; 2. Melanoma Maligno Pagetoide, se origina de una Melanoma Pagetoide in situ; 3. Melanoma Maligno Nodular originandose generalmente dinovu, pero en algunos casos de un Nevi Nevo c elular, el pronóstico es mejor para un melanoma maligno lentigo y me nos favorable para un melanoma maligno nodular. (Clark; Clark y otros autores. Mcgovern.)

MELANOMA MALIGNO LENTIGO

El Maligno Lentigo también llamado melano sis circumscripta preblastomatosa de Dubreuilh y peca melanotica de Hutchinson comienza como una mancha pigmentada que se extiende gradual y perifericamente, puede por lo tanto dar un diámetro de varios centímetros, La lesión tiene un borde irregular y mientras se extiende en algunas áreas, puede mostrar regresión expont nea en otras. El color de la lesión tiene sombras desde café claro hasta café con manchas de café obscuro y negro (Clark y Mihm.), además existen áreas despigmentadas en sitios de regresión expont nea. La lesión se da generalmente en individuos de mayor edad, es vista casi excl usivamente en áreas expuestas, más comúnmente en la cara, aunque en raros casos puede ocurrir en áreas no expuestas de la piel co

mo la punta del dedo (Lupulescu y otros autores) (32).

La progresividad a un Melanoma lentigo invasivo ocurre en casi un tercio de todas las lesiones, generalmente ésta no sucede hasta que el maligna lentigo a existido durante diez o quince años y ha alcanzado un tamaño de 4 a 6 cms. (McGovern y otros autores), (32). En muchos casos, especialmente en las lesiones de la cara son más lentas en convertirse en invasivas sucede la muerte debido a otras causas antes de que se realice la invasión.

El desarrollo dentro de un Melanoma maligno invasivo generalmente esta indicado por el desarrollo de uno o varios nodulos intradérmicos teniendo un color negro azulado. Debido al bajo porcentaje de crecimiento, lo avanzado de las metastasis, y la tendencia de las mismas a ser l imitadas en principio a los nodulos linfaticos regionales, el porcentaje de supervivencia de 5 años es grande y fue 90%, y 80%, respectivamente, en la serie de pacientes seguidos por Clark y Mihm y por McGovern. (1,12,24,30,32).

MELANOMA MALIGNO PAGETOIDE

El tipo Pagetoide del melanoma maligno in situ, también referido como melanoma maligno extendido superficial in situ por Clark, puede ocurrir en la piel expuesta, pero más comunmente se encuentra en la piel no expuesta. Es general

mente una lesión más pequeña que lentigo maligno, midiendo raramente más de 2.5 cms. en diámetro (McGovern). En contraste al -- Lentigo maligno, este es ligeramente más elevado. Tiene un contorno irregular, parcialmente arciforme, la lesión puede demostrar una variación en color similar a aquellas encontrada en lentigo maligno (Clark y otros autores). La invasión de la dermis ocurre más pronto que en el lentigo maligno, casi siempre dentro de un año, y es indicado por el desarrollo de ulceración y sangrado. Frecuentemente, en su última etapa de desarrollo, el melanoma maligno pagetoide in situ es mal diagnosticado clínicamente como un -- Nevu Nevuscélular.

Melanoma Maligno Pagetoide se desarrolla del Pagetoide tipo de melanoma maligno in situ, el desarrollo hacia un melanoma maligno invasivo generalmente esta indicado por ulceración, sangramiento y un aumento en la invasión de la lesión. El porcentaje de supervivencia de 5 años encontrado por McGovern es de 70%. (1,12,32).

MELANOMA MALIGNO NODULAR

Biológicamente esta lesión es más agresiva desde el primer momento y origina invasión dérmica más temprano, saltando la fase intrapidérmica. Al tipo Nodular corresponden aproximadamente 10 por 100 de todos los melanos, y se caracteriza por su aspecto elevado, simétrico con superficie lisa o ulcerada. El co-

lor es relativamente uniforme en toda la lesión y puede incluir tonos azul-negro, azul-gris y azul-rojizo. Tiene una fase prodrómica más breve antes de la invasión que los tipos superficiales o lentigo maligno.

Este principia con una elevación, generalmente un nódulo bastante pigmentado que aumenta en tamaño rápidamente y se convierte en ulceración el porcentaje de supervivencia entre los pacientes recibiendo tratamiento anterior a tener metastasis (etapa clínica 1), fue en las series de Clark cerca del 50%, en esas de McGovern 53%, y en esas de Huvos y otros autores cerca de 60%.

Aproximadamente el 25%, de todos los pacientes con melanoma maligno recuerdan que una lesión pigmentada estuvo presente en el sitio de el -- melanoma maligno por muchos años. (1,12,30,32).

PATOLOGIA MICROSCOPICA

MELANOMA MALIGNO LENTIGO

Esta en la forma más característica, los melanocitos epidérmicos malignos estan presentes -- microscopicamente dentro de áreas extensivas de la epidermis plana. Las células del tumor generalmente varian en tamaño, forma y configuración pero tienden a ser fortuitamente arregladas a lo largo de la unión dermo-epidérmica, dando la apariencia de una epidermis mariposa comiendo, un --

significante número de estos melanocitos -- están arreglados en forma de huso y su núcleo despliega la citología convencional indicando el futuro de su malignidad (Hiper-cromatismo pleomorfismo, y actividad mitótica). Aunque ocasionalmente nidos pueden ser vistos en este punto, más de ellos se extienden a lo largo de la epidermis en una moda de células individuales y su núcleo es a menudo obscuro por la presencia de abundantes pigmentos de melanina. Extensión de el proceso a lo largo de la unión dermo-epidérmica de folículos pilosos es también característico. Un variable grado de infiltración linfocítica, frecuentemente extendida más allá del área de cambios neoplásicos demostrables. La actividad neoplásica en el nivel dermo-epidérmico usualmente se extiende mucho, futuro que anticipa en densa inspección. Además los cortes exteriores de la lesión frecuentemente tienen una zona variable de melanoblastos actividad separada del tumor de la epidermis normal adyacente. (1, 12,32).

MELANOMA MALIGNO PAGETOIDE

Histológicamente las figuras son similares a aquellos nevos comunes de unión, frecuentemente plantean problemas en su diagnóstico diferencial. Porque el gran tamaño y la apariencia de las células neoplásicas del melanoma maligno superficial extendido es tam

bién referido como melanoma maligno pagetoide. Más de estas células mienten predominantemente en nidos en la epidermis inferior, pero algunas de ellas están esparciadas o en grupos dentro de todo el espesor de la epidermis y -- uniformemente dentro de la epidermis la capa de queratina. Individualmente, las células del tumor pueden demostrar engañosamente uniformidad nuclear, pero un número significativo de ellos un despliegue característico de nucleolos prominentes y una diligente búsqueda provee la presencia de actividad mitótica. La epidermis es generalmente elevada y frecuentemente demuestra espesores acantóticos. -- una significativa reacción inflamatoria linfocítica que se extiende a través de áreas de -- Obvios cambios neoplásicos es visto en la dermis adyacente (1,12,32).

MELANOMA MALIGNO NODULAR

Esta lesión es la más variable y compleja de los grupos melanóticos, ambos en esta densa presentación y en el espectro de las características microscópicas. Esta generalmente consiste de una imprevista mezcla de células grandes y pequeñas de forma de huso en -- proporción variable, aunque como regla, uno de los dos tipos tienden a predominar en cada lesión. Las grandes células (Tipo Epiteloides), predominan frecuentemente y en más áreas están arregladas en formación alveolar. Aparecen rodeadas de fibras de colageno, a menu-

do regletean a la equivocada impresión de penetrar en vasos ó linfáticos, que en -- factor, es raramente demostrado en los -- focos primarios.

Algunos de los melanomas malignos nodulares y muchos de esos que se originan del lentigo maligno demuestran una preponderancia de células fusiformes ó en forma de huso erróneamente sugiriendo un Fibrosarcoma en crecimiento.

La presencia de un infiltrado inflamatorio celular mononuclear alrededor de el corte avanzado de el tumor puede ser exactamente descrito como características existentes y amenudo ayudan, en el diagnóstico de melanoma maligno. Esta presencia sin embargo, tienden a ser más impresionantes en las etapas tempranas de la enfermedad, ó cuando la invasión franca de la dermis no es todavía el sitio tomado. (1,12, 32).

CUADRO CLINICO

Las manifestaciones actuales más frecuentes dependen de muchas variantes, entre ellas, el tipo de células, el sitio de origen, el concepto de la predeterminación -- del comportamiento del cáncer y los mecanismos inmunológicos.

Estos tumores tienen las características más imprevisibles que puedan observarse en oncología (Allen y Spitz), porque algunos son muy malignos y de pronóstico muy grave, y otros que poseen cuadro histológico similar evolucionan de manera relativamente benigna. Se ha visto lesiones que no crecieron durante muchos años y que se extirparon por motivos estéticos y en las que se ha diagnosticado histológicamente melanoma maligno.

Así pues, hay gran discrepancia entre la evolución clínica y el cuadro histológico de estos tumores.

La lesión que ha de dominar el patólogo es el nevo dermo-epidérmico que tienen un potencial maligno, el cirujano debe aprender a reconocerlo clínicamente con gran exactitud.

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 satélites, sin embargo en este estadio es frecuentemente demasiado tarde para tratamiento eficaz, por lo que es muy importante poder reconocer cambios malignos, precoces en las lesiones pigmentadas. (24).

ESTADIO CLINICO

El estadio clínico del melanoma maligno está relacionado con el resultado de la enfer-

medad y es importante en estudios comparativos. Los estadios clínicos propuestos son como sigue:

ESTADIO I: Lesión primaria o lesión primaria con lesión (s) satélite (s) a una distancia no mayor de 5 cm. de la lesión primaria. Sin otra evidencia de enfermedad.

ESTADIO II: Invasión del Melanoma a una sola área de drenaje linfático con o sin metastasis en tránsito.

ESTADIO III: Invasión del Melanoma a dos o más grupos ganglionares, o lesiones cutáneas diseminadas o Metastasis viscerales. (1-9-19-)

CLASIFICACION HISTOLOGICA

Histológicamente, los melanomas malignos están clasificados en 4 categorías:

- (1) Invasivos con componente adyacente de peca melanótica.
- (2) Invasivos con componente adyacente superficialmente expansivo, epidérmico.
- (3) Invasivos con componente epidérmico adyacente inclasificable

- (4) Invasivos con componente adyacente intra-epidérmico.

Un acercamiento más simple sería:

UNO: Un Melanoma superficialmente expansivo o melanoma proveniente de melanosis pre-melanótica.

DOS: Un Melanoma surgiendo en peca Melanótica o maligno lentigo.

TRES: Melanoma Nodular.

De 320 Melanomas reportados por Woodruff, - el 7.5 por ciento eran melanoma maligno lentigo, el 15.4 por ciento melanoma nodular y el 77.1 por ciento eran melanomas superficialmente expansivos. (1-9-12-16-24-30-32).

Para completar un pequeño grupo de melanomas debe considerarse: (A), El nevo gigante peludo que sufre cambios malignos. (B) Melanoma subungueal, (C) Melanoma con un primario desconocido, (D) Melanoma Maligno originándose en un Nevus azul, (E) El Melanoma Amelanótico, (F) Melanoma Mucoso oral, vaginal, y anal.

NIVELES DE INVASION

La separación histológica y clínica de los tipos de Melanomas invasivo dentro de Lentigo, Maligno, superficial Extendido y Nodular tienen con-

siderable valor en la predicción de la conducta biológica de la enfermedad. La siguiente clasificación, la correcta estimación de la profundidad de invasión es el único factor más importante en el pronóstico, Aunque las primeras indicadas por Allen y Spitz, Lane y otros autores y Mehner y Heard Clark y otros autores, fueron los primeros en proponer una clasificación esquemática de niveles de invasión que observados están ganando aceptación universal porque ésta -- corelacionada con porcentajes de sobrevivencia. Los 5 niveles de invasión descritos por Clark son: (9-12-16-32).

NIVEL I: Melanoma maligno confinado a la epidermis (melanoma maligno in situ).

NIVEL II: Células del melanoma invadiendo la dermis papilar pero sombras de la dermis reticular intacta.

NIVEL III: Células extendiéndose a la interfase entre dermis papilar y reticular, el sitio donde el colágeno principia a ser organizado entre el paquete.

NIVEL IV: Las células del melanoma infiltran el paquete colágeno de la dermis reticular.

NIVEL V: Las células del melanoma se extienden dentro de el tejido subcutáneo.

Otros autores tienen similares sistemas de clasificación de invasión dérmica con pequeñas variaciones de su definición de los correspondientes niveles (cuadro # 1). Consideraciones del pronóstico por el actual espesor de el tumor primario fué propuesta por Breslow. Si la lesión primaria mide menos de 0.76 mm, no hay recurrencia y si es superior a 1.5 mm el % de recurrencia es alto, lesiones entre 0.76 mm, y 1.5 mm demuestran algunos grados de recurrencia y constituyen una zona gris del pronóstico. Este método de clasificación puede ser usado de una manera complementaria con los niveles de Clark.

Cuadro # 1: Clasificación del Melanoma por la profundidad de la invasión y la correspondiente comparación con otros estudios y porcentajes de sobrevivencia.

Huvos, Shah, and Mike Clark, et al; McGovern et al,

SITIO

	Sobrevivencia		Sobrevivencia	
	Nivel	%	Nivel,	%
Epidermis	0	100	I	100
Dermis -- papilar	1	85	II	92
			III	65

Continuación del Cuadro No. 1

Dermis Reticular	II	59	IV	54
Tej. Subcutaneo	III	45	V	48

Modificada por Huvos et. Al.

"DIAGNOSTICO"

Un diagnóstico de melanoma maligno puede ser fuertemente sugerido en estrictas bases clínicas, pero la necesidad de confirmación histológica siempre permanece. Los colores, bordes y superficie de la lesión también pueden sugerir el tipo de melanoma que se tiene. Los melanos lentigo y malignos superficialmente expansivos tienen distintos patrones de color. El tipo nodular de Melanoma maligno rara vez tienen tal variedad de patron de color, (1,9,30).

La Biopsia de una lesión pigmentada es a menudo desaprobado debido al asumido riesgo de diseminación. Mientras que es aconsejable un corte completo adecuado, no hay evidencia -- que la biopsia incisional cause expansión, Se debe recurrir a una biopsia incisional cuando el corte implica disfunción o deformidad, y planificación, así como aceptación, de un acercamiento quirúrgico radical que se necesite hacer fuera de la urgencia y limitaciones de la sala de operaciones. (1,7,22).

La metastasis nodular linfática regional puede aparecer luego. Dasgupta y McNeer estudiaron la distribución de la metastasis nodular linfática regional en referencia a la localización de la lesión primaria.

Un examen completo debe incluir la palpación del hígado, que es casi siempre el sitio -

de metastasis voluminosa. El exámen radiográfico de los pulmones debería ser rutinario.

La veracidad de la linfagiografía como medio de diagnosticar la metastasis linfática nodular está aún por ser evaluada. La metastasis de huesos toma lugar más a menudo que lo que se cree; la apariencia es de una lesión osteolítica acompañada algunas veces por expansión del hueso o una masa de tejido suave, pero las lesiones pueden ser mixtas, con formaciones osteoblásticas. El melanoma metastático de lesiones primarias insospechadas puede causar síntomas capaces de sugerir una multitud de condiciones de los sistemas respiratorios, gastrointestinales, nerviosos y otros. Hay evidencia que cierta proporción de estos melanomas malignos primarios pueden sufrir regresión espontánea y ser no identificables aún en la autopsia. Tomar una historia adecuada es la mejor garantía contra errores importantes en diagnósticos. (1,9,24,-30).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los melanomas malignos pueden ser confundidos con muchas de otras lesiones pigmentadas de la piel. La pigmentación puede deberse ya sea a la melanina o algún --

otro pigmento tal como hemosiderina.

Los hemangiomas ulcerados, infectados, pueden simular de cerca melanomas. La keratosis ceborréica particularmente cuando está infectada y fuertemente impregnada con pigmento melanino, puede ser difícil de distinguir del melanoma excepto en exámen patológico. Esto también sucede con el carcinoma celular basal pigmentado. La lesión, variadamente conocida como, hemangioma esclerótico, o dermatofibroma lenticular, o histiocitoma, pero designada mejor como fibrosis nodular sub-epidérmica, puede ser mal interpretada como un melanoma ambos total y microscópicamente. Los carcinomas celulares escamosos pigmentados de la piel, el sarcoma Kaposi, y varias lesiones pigmentadas también pueden ser clínicamente confundidas con el melanoma maligno.

El Nevus celular de espiga en un niño, es a menudo confundido con melanoma maligno. La lesión es generalmente elevada, altamente vascularizada, y menor de 1 cm en diámetro.

Cuatro tipos de Nevus benignos pigmentados deben ser distinguidos de melanoma; estos son: El nevo de unión, y nevo compuesto el nevo intra-dérmico y el nevus azul.

NEVU DE UNION:

Este nevo generalmente aparece poco en los primeros años de la vida, particular-

mente aparece durante la adolescencia, y puede variar en tamaño de unos pocos milímetros a varios centímetros. Los nevos son de color café claro u oscuro, la superficie es plana y lisa con cortes irregulares.

NEVO COMPUESTO:

Este nevo es café o negro con un aumento superficial nodular y ocasional crecimiento de pelos dentro de él. Es usualmente menor de un cm. de tamaño. Y puede ocurrir en todos los grupos etareos.

NEVUS INTRA-DERMICO:

Este puede ser muy grande, aunque usualmente es menor que un cm. de diámetro. El color puede ser café claro u oscuro, el nevo puede tener un crecimiento verrugoso o superficie lisa. La presencia de uno o más pelos gruesos dentro de él es distintivo.

NEVUS AZUL:

Este nevo es una masa lisa azul o azul negruzca, menor de un centímetro de tamaño, con un contorno regular bien definido es común en la cara, el dorso de los pies y manos, y las nalgas, es raramente asociado con el melanoma maligno. (1,5,12,32).

TRATAMIENTO

Prevención: No se práctico ni garantizado remover todos los nevos benignos de la piel para prevenir su transformación maligna. El adulto promedio tiene de 15 a 20 de dichas lesiones. Pero es provechoso cortar ciertos nevos en la base de localización y otras consideraciones. Cualquier nevo debiera ser removido que sea sujeto a irritación crónica por collar, cincho o zapato o a infección.

Los nevos de unión de los genitales son mejor removidos. Los nevos de unión de la palma de la mano y la planta del pie muestran un índice muy bajo de transformación maligna y -- por lo tanto, no es recomendable su extirpación en una base profiláctica.

La extirpación incompleta de un nevo de unión puede ser seguida por un nuevo crecimiento de las células pigmentadas alrededor de la cicatriz. Dichas reapariciones no implican cambios malignos. En los niños, las lesiones sospechosas de ser de célula de espiga o nevo de célula epiteloide, aunque no presenten ningún peligro de transformación maligna, deberían ser removidas conservativamente (1,24).

QUIRURGICO

El tratamiento adecuado de la lesión primaria de melanoma sigue siendo la etapa más importante para brindar las mayores probabilidades

de supervivencia prolongada sin enfermedad.

El exámen anatomopatológico de las lesiones sospechosas es necesario para excluir el diagnóstico de la melanoma. Esto requiere una biopsia de incisión o de extirpación, seguida de una rápida extirpación amplia (generalmente incluyendo un borde - hasta de 5 cm. alrededor del tumor, excepto cuando esto no es posible por su localización), por lo menos hasta nivel de la aponeurosis profunda en la intervención quirúrgica inicial.

Las amputaciones son raras veces consideradas en el tratamiento de los melanomas, pero en la presencia de reapariciones extensas, metastasis inguinales masivas, y edema, tendría que ser considerada una amputación para paliación. Cuando una gran extirpación de una melanoma de la piel del pie resultase en un deterioro de la función pedal, puede preferirse una amputación de media pierna. Similarmente la amputación de los dedos o los dedos gordos es el tratamiento de elección de los melanomas subungueales. Ariel y Caron recomiendan una mastectomía radical para el tratamiento de melanomas malignos del pecho femenino.

Debido a su diseminación ocasional a través de los linfáticos de la piel, ha sido recomendado que estos tumores sean extir

pados en bloque con la piel cubierta y los nodos linfáticos regionales. Cuando la lesión primaria y los nodos de drenaje están en proximidad cercana, una disección en bloque está indicada. Cuando la lesión primaria está localizada a una distancia considerable de sus nodos linfáticos correspondientes, como las lesiones del pie están de la región inguinal, creemos que tal disección no puede ser de ningún valor particular puesto que la metastasis también ocurre a través de linfáticos profundos. (1,3,9,12)

DISECCION DE LOS GANGLIOS LINFATICOS

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, no se adhieren a los tejidos vecinos hasta que la enfermedad no está muy avanzada.

El establecimiento de microetapas ha mejorado la capacidad de prever cuales pacientes - tienen mayores probabilidades de albergar enfermedad subclínica en los ganglios linfáticos.

Los pacientes con lesiones de nivel II o profundidad de invasión de la lesión menos de -- 0.76 mm. raramente tienen metástasis en ganglios

linfáticos regionales y de ordinario no se consideran candidatos para extirpación sistemática de ganglios linfáticos.

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 metástasis 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 su resultado son iguales y evitan otros períodos de hospitalización del paciente.

Muchos de los datos actualmente disponibles indican la presencia de enfermedad microscópica en ganglios clínicamente negativos, hecho de mal pronóstico, pero todavía no se sabe si se logra un beneficio verdadero extirpando estos ganglios al tiempo de efectuarse el diagnóstico inicial y procede esperar hasta que los ganglios se observen clínicamente afectados.

También hay pruebas de que el material metastático pasa rápidamente por los linfá-

ticos no obstruidos y se encaja en los ganglios linfáticos aferentes en cuestión de minutos.

Quizá lo máximo que se puede esperar de este procedimiento es la identificación de los pacientes cuya enfermedad incluye ganglios regionales y, por lo tanto un pronóstico peor, que serían candidatos, para terapéutica coadyuvante. Señalemos, sin embargo, que muchos ensayos coadyuvantes actualmente reconocen que las lesiones en nivel IV y nivel V, son de mal pronóstico e incluyen estos pacientes en protocolos de terapéutica profiláctica, incluso en ausencia de disección de ganglios linfáticos. (1,9-12-14-19-24-30-34).

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia generalmente se ha reservado para tratar pacientes con melanoma avanzado inextirpable; el beneficio logrado con esta terapéutica coadyuvante cuando lo hubo, todavía no está comprobado.

Los quimioterápicos estándar tienen poca actividad en el melanoma. Los alquilantes, como la ciclofosfamida y la mostaza nitrogenada, son esencialmente inactivos, como lo es el melfalán, aunque este último es utilizado como producto de elección en técnicas de perfusión aislada, ninguno de los antimetabolitos resulta activo en el melanoma y entre los antibióticos, sólo la acti-

nomicina-D muestra cierta promesa de eficacia terapéutica.

Hoy en día varias 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 uno o más meses. La más útil de las drogas disponibles es la Dimetil-Triazeno-Inidazol-carboxamida (DTIC). El mecanismo de acción no está aclarado; puede necesitar la activación in-vivo para producir un compuesto activo que, a su vez cause alquilación de lugares blancos desconocidos en las células tumorales, a base de iónes de carbono. (1-2-9-11-13).

La droga se administra por vía intravenosa y se han valorado diversos planes terapéuticos; su eficacia parece ser independiente del plan particular de administración. La toxicidad es relativamente previsible y suele incluir náuseas y vómitos leucopenia y trombocitopenia, en el 25% - aproximadamente, de los pacientes en ocasiones disfunción hepática y síndrome de tipo gripal con malestar; mialgia y fiebre,

La toxicidad de las médulas puede retrasarse y prolongarse; están indicadas disminución adecuada de las dosis para series

subsiguientes de tratamiento. Las proporciones de respuesta son notablemente similares en las diversas series publicadas; van del 20 al 25% - para respuestas completas y parciales, aunque - la gran mayoría de los pacientes (75%), sólo lo gran una respuesta parcial. (11-13).

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. Por ejemplo un -- informe reciente de la Organización Mundial, de la Salud, empleando 3 regímenes a base de combinaciones diferentes de DTIC, BCNU, vincristina, Hidroxiurea y actinomicina D no demostrarán ninguna diferencia en la proporción de respuestas, tampoco en ninguna de ellas fue superior a la - administración de DTIC solamente. (11).

Otro enfoque para la terapéutica del melanoma avanzado ha sido la combinación de quimioterapia activa y agentes que modulan la inmunidad. DTIC es una droga particularmente atractiva para el empleo en tales combinaciones porque sólo resulta moderadamente inmunosupresora, más para la respuesta inmune que para la celular. (30).

Los informes preliminares sobre otros protocolos de quimioterapia utilizando BCG o Corynebacterium Parvum, además de los regímenes quimioterápicos son agente conocidos, no han modi-

ficado la proporción de respuesta ni la duración media de la remisión o la supervivencia. (9)

Indicaciones para el uso de Quimioterapia. (20-23)

- 1.- Tener el diagnóstico histopatológico y estadio clínico de la enfermedad.
- 2.- Tener alguna evidencia objetiva de actividad tumoral "cuando no se trate de quimioprolifático".
- 3.- Que no exista la posibilidad de ser beneficiado por la cirugía o la radioterapia.
- 4.- Tener por lo menos 2 semanas de haber sido operado o cuatro de haber terminado la radiación.
- 5.- Exámenes de laboratorio dentro de límites normales.

Pacientes que no deben recibir quimioterapia:

- 1.- Paciente moribundo
- 2.- Aquellos que han recibido la misma droga con anterioridad y que no han sido beneficiados con ella a dosis suficiente.

- 3.- Presencia de sangrado activo.
- 4.- Presencia de Infección.
- 5.- Enfermedad sistémica severa (hepatitis, -- uremia)
- 6.- Obstrucción Intestinal.
- 7.- Vómitos o diarrea incontrolables.
- 8.- Pésimo estado nutricional.

frecuencia de administración del BCG. (24-30)

La administración del BCG no es innócu (11-21-29) los signos tóxicos incluyen Moles tias tóxicas), induración, eritema, formación de abscesos localizados, adenopatía regional, malestar y un síndrome tipo gripal acompañado de fiebre. Puede haber ligera disfunción hepática y se ha observado hepatitis granulomatosa.

La administración intradérmica puede ser causa de eritema nudoso, pancitopenia, enfermedad diseminada por BCG y activación de infección ácido resistente inactiva.

El cuadro tóxico más grave se ha observado con inyecciones intralesionales; puede incluir anafilaxia, muerte, una erupción cutánea generalizada. La ausencia de reacción local intensa generalmente en el paciente -- inmunoincompetente, no indica que el BCG no se haya diseminado. (1-11-12-21-24-28-29-30)

PRONOSTICO

En los Estados Unidos, los porcentajes de muerte de edad ajustada por melanomas malignos de la piel casi duplicó desde 1950 -- hasta 1967, aumentando de 1.01 a 1.90 por cada 100,000. Los porcentajes de muerte de edad específica fueron 0.94 para individuos de 25 a 29 años, 3.70 para aquellos de 55 a

59 años y 6.45 para aquellos de 75 a 79 años.

El curso clínico no interrumpido del melanoma maligno de la piel es generalmente veloz y fatal, pero excepciones impredecible se ha observado. Casos de larga supervivencia -- en lugar de metástasis visceral desafían la racionalización. Más desconcertante aún son los casos de regresión espontánea curándose -- de la lesión primaria. El tratamiento de casos avanzados ha sido acompañado ocasionalmente de resultados inesperados que los uniformes o insospechados pueden atribuir a los factores particulares del tratamiento empleado.

Los pacientes con melanoma maligno de la piel pueden ser divididos en cuatro grupos en relación a pronóstico:

- 1.- Aquellos con metástasis distantes cuando se le ve por primera vez estás (desahuciado), y viven entre un año, año y medio -- y tres años.
- 2.- Aquellos con adenopatía metastásica regional clínicamente obvia, tienen un pronóstico de menos del 10% para una supervivencia de cinco años.
- 3.- Aquellos sin adenopatía ostensible clínicamente cuyos nodos se ha probado que contiene evidencia microscópica de metástasis tiene un pronóstico pobre del 15% al 25%.

4.- Aquellos con nodos linfáticos negativos microscópicamente tienen un excelente pronóstico del 60% o más para una supervivencia de cinco años.

Fortner Et Al. tuvo una supervivencia de 35% en una serie de 194 pacientes con melanomas malignos de la piel operables.

El porcentaje fue de 19% para aquellos que tienen nodos (109), y 55% para aquellos sin adenopatía metastásica (85).

Es difícil comprobar la utilidad de las disecciones profilácticas. Estudios retrospectivos podrían proporcionar resultados paradójicos. Es obvio que esta duda puede ser resuelta solamente por una prueba clínica eventual correctamente controlada.

La supervivencia después de la perfusión de separación varía conforme las etapas de la enfermedad: Tumores localizados dan un 86% y los avanzados un 13% de 5 años de supervivencia, comparándose favorablemente con casos similares sin perfusión.

Ciertos factores automáticamente confieren un pronóstico desfavorable del melanoma maligno de la piel, tal como el sitio de origen. La apariencia de los melanomas de la piel de las extremidades inferiores es peor que aquella de las extremidades superiores.

El raro caso del melanoma maligno de la piel en niños tiene un pronóstico muy pobre. Un tratamiento previo inadecuado seguido por --recurrencia, y retraso consecuente, resulta en un pronóstico desfavorable. Los pacientes con metástasis linfática de nodos de la región inguinal tienen un pronóstico muy pobre, aún cuando se han instituido procedimientos radicales.

Inversamente, los melanomas de la piel de la cara, que están diagnosticados anteriormente, y su metástasis linfática cervical de nodos poseen un diagnóstico relativamente favorable. Las lesiones que demuestran tener una infiltración muy superficial son curadas en proporciones mayores.

Los melanomas que miden menos de 6 mm en grosor no presentaban metástasis linfática de nodos y solamente el 9% de aquellos que median de 0.6 a 1 cm. las tenían. Por tanto las medidas exactas del tumor en el espécimen quirúrgico tienen valor de pronóstico.

La profundidad histológica de la invasión está relacionada con el resultado del tratamiento. El nivel de invasión de una melanoma se ha convertido en un factor importante del diagnóstico patológico, por que éste presagia el riesgo de la metástasis y consecuentemente, el diagnóstico. Huvo y otros autores repor

taron un porcentaje de supervivencia de diez años de un 86% para pacientes con etapa 1 de melanomas de la piel de la cabeza y el cuello (1,9,12).

PRESENTACION DE RESULTADOS

En el presente estudio sobre el "Melanoma", se revisaron retrospectivamente un total de 11,057 reportes de anatomía patológica. Encontrándose 40 casos de ésta neoplasia detectados por estudio de patología. Se realizó la revisión de las historias clínicas respectivas de los casos encontrados, los cuales se presentan a continuación.

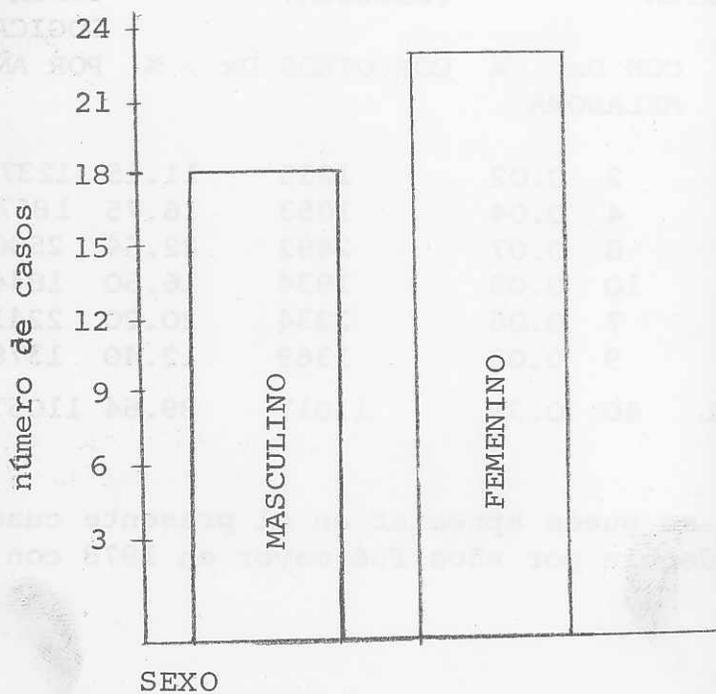
CUADRO No. 1

MELANOMA
ESTUDIO DE 40 CASOS
INCIDENCIA POR AÑOS

DE REPORTE		# DE REPORTE		# DE REPOR	
ANATOMIA-PATOLOGICA		DE ANATOMIA-PATOLOGICA.		TES DE ANATOMIA-PATOLOGICA.	
CON Dx	%	CON OTROS Dx	%	POR AÑOS	%
MELANOMA					
1975	2	0.02	1235	11.15	1237 11.20
1976	4	0.04	1853	16.75	1857 16.80
1977	8	0.07	2492	22.54	2500 22.60
1978	10	0.09	1834	16.60	1844 16.70
1979	7	0.06	2234	20.20	2241 20.30
1980	9	0.08	1369	12.40	1378 12.40
TOTAL	40	0.36	11017	99.64	11057 100.00

Como se puede apreciar en el presente cuadro, la incidencia por años fué mayor en 1978 con 10 casos.

GRAFICA No. 2
SEXO



CUADRO No. 2

MELANOMA

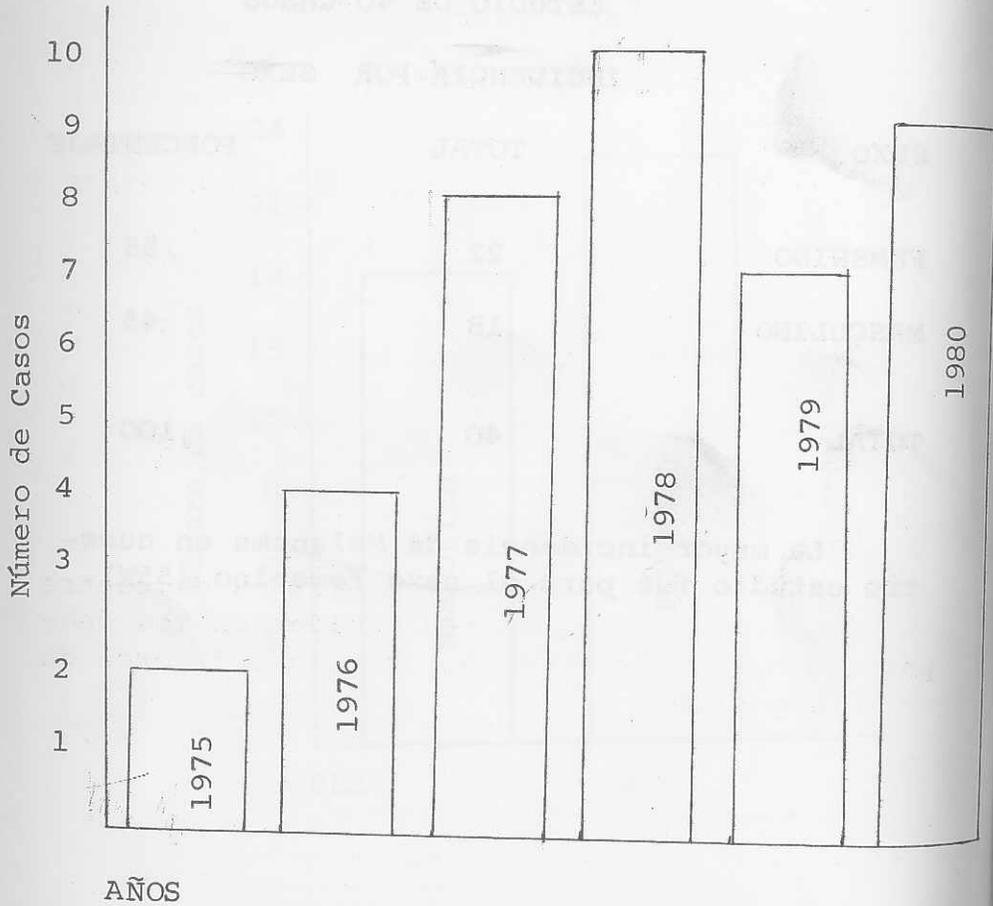
ESTUDIO DE 40 CASOS

INCIDENCIA POR SEXO

SEXO	TOTAL	PORCENTAJE
FEMENINO	22	55
MASCULINO	18	45
TOTAL	40	100

La mayor incidencia de Melanoma en nuestro estudio fué para el sexo femenino (55%).

GRAFICA No. 1
INCIDENCIA POR AÑOS



CUADRO No. 3

MELANOMA

ESTUDIO DE 40 CASOS

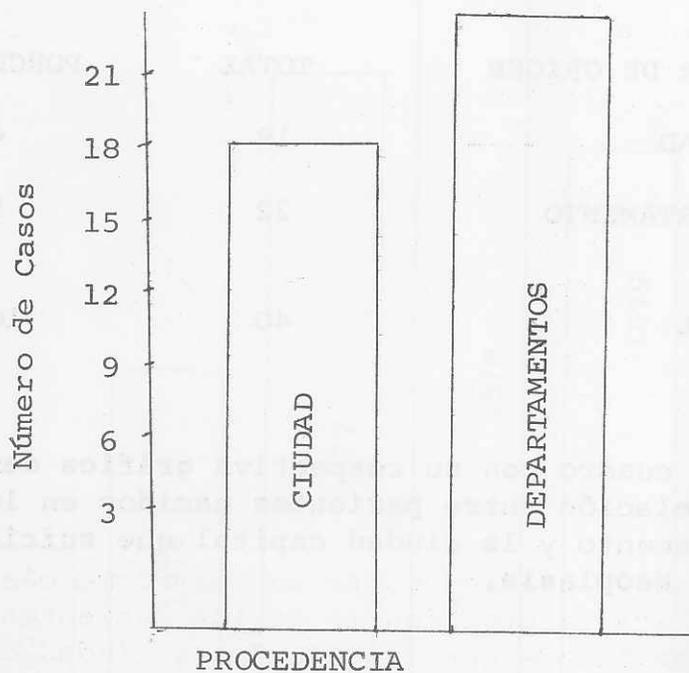
PROCEDENCIA

LUGAR DE ORIGEN	TOTAL	PORCENTAJE
CIUDAD	18	45
DEPARTAMENTO	22	55
TOTAL	40	100

Este cuadro con su respectiva gráfica demuestra la relación entre pacientes nacidos en los departamentos y la ciudad capital que sufrieron de esta Neoplasia.

GRAFICA No. 3

PROCEDENCIA



CUADRO No. 3A
MELANOMA
ESTUDIO DE 40 CASOS

PROCEDENCIA

LUGAR DE ORIGEN	TOTAL	PORCENTAJE
CIUDAD	18	45
ESCUINTLA	4	10
JUTIAPA	4	10
QUETZALTENANGO	3	7.5
CHIMALTENANGO	2	5
HUEHUETENANGO	2	5
STA. CRUZ DEL QUICHE	2	5
ALTA VERAPAZ	1	2.5
CHIQUIMULA	1	2.5
PETEN	1	2.5
RETALHULEU	1	2.5
SANTA ROSA	1	2.5
TOTAL	40	100.0

Cuadro que demuestra en una forma más detallada la procedencia de los pacientes. Observándose que después de la ciudad capital, los departamentos que tuvieron una incidencia mayor fueron Escuintla y Jutiapa.

CUADRO No. 4

MELANOMA

ESTUDIO DE 40 CASOS

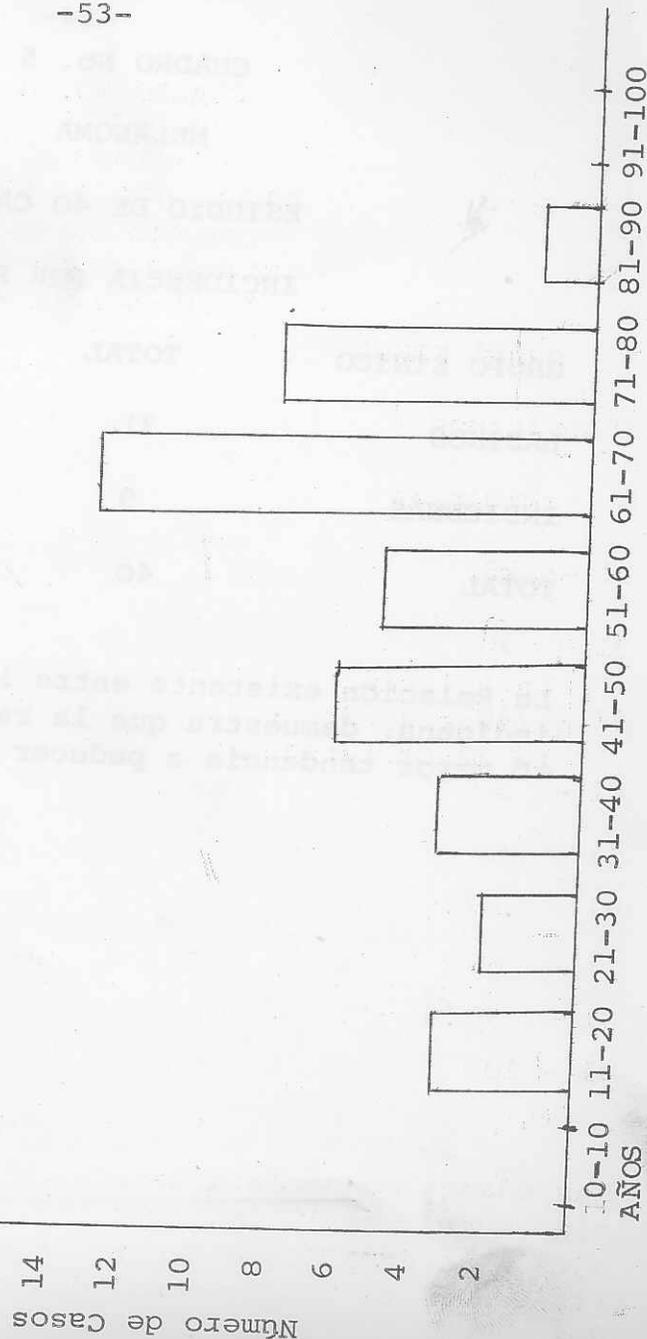
INCIDENCIA POR EDAD

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
0 - 10	0	0
11 - 20	3	7.5
21 - 30	2	5
31 - 40	3	7.5
41 - 50	6	15
51 - 60	5	12.5
61 - 70	12	30
71 - 80	8	20
81 - 90	1	2.5
91 - 100	0	0
	40	100.0

Las edades donde está neoplasia presento una frecuencia mayor fué: la de 61-70 años a continuación 71-80 años. Es decir, que dentro de éstas dos décadas correspondió el 50% de casos de Melanoma Diagnosticados.

GRAFICA No. 4

EDADES



CUADRO No. 5

MELANOMA

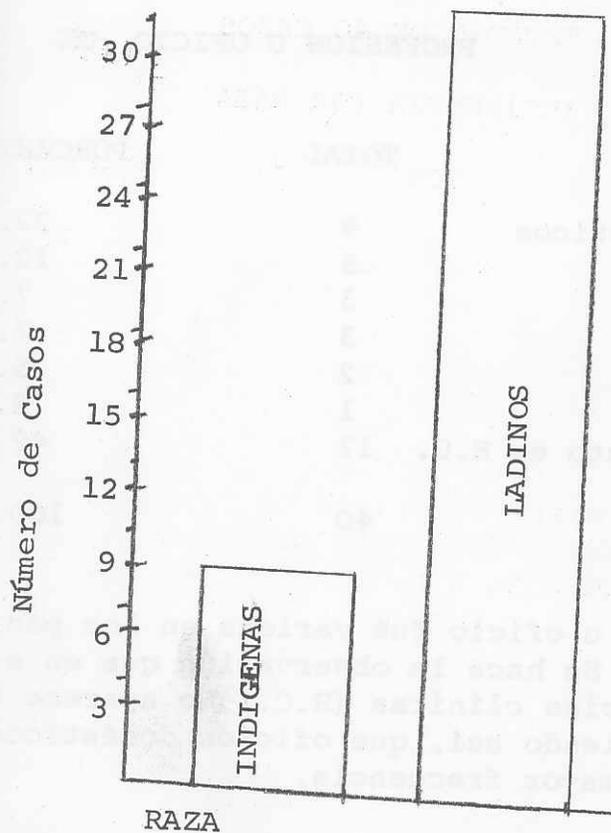
ESTUDIO DE 40 CASOS

INCIDENCIA POR RAZA

GRUPO ETNICO	TOTAL	PORCENTAJE
LADINOS	31	77.5
INDIGENAS	9	22.5
TOTAL	40	100.0

La Relación existente entre la raza ladina e indígena, demuestra que la raza ladina presentó mayor tendencia a padecer de Melanoma.

GRAFICA No. 5
RAZA



CUADRO No. 6
MELANOMA

ESTUDIO DE 40 CASOS

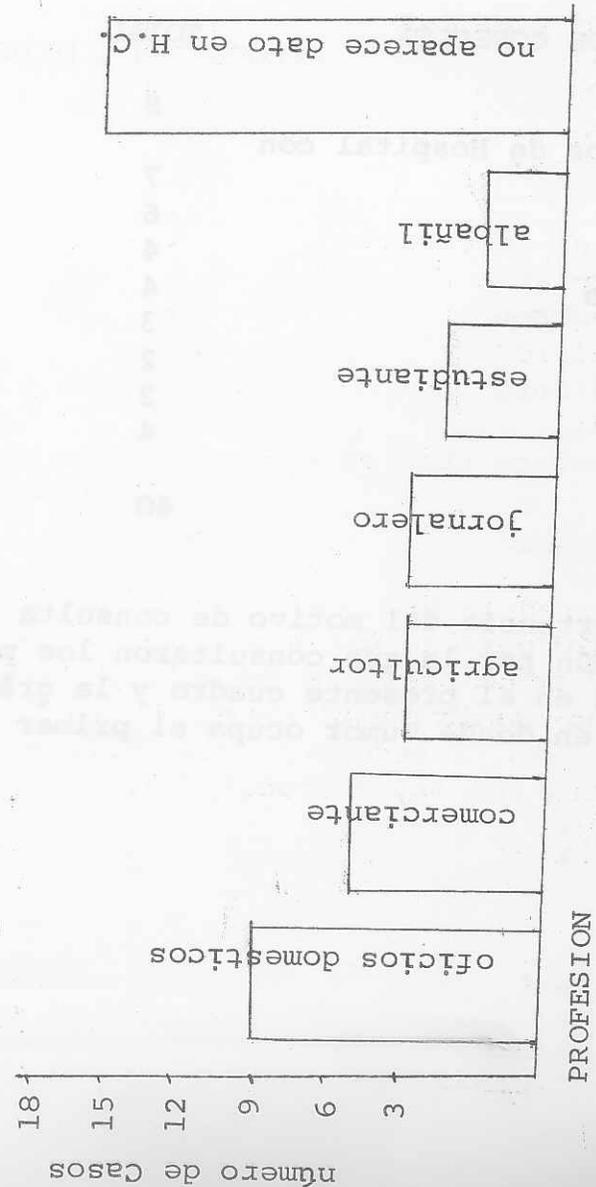
PROFESION U OFICIO

PROFESION	TOTAL	PORCENTAJE
Oficios Domésticos	9	22.5
Comerciante	5	12.5
Agricultor	3	7.5
Jornalero	3	7.5
Estudiante	2	5.
Albañil	1	2.5
No aparece dato en H.C.	17	42.5
TOTAL	40	100.0

La profesión u oficio fué variada en los pacientes estudiados. Se hace la observación que en el 42.5% de las historias clínicas (H.C.) No aparece anotado éste dato. Siendo así, que oficios domésticos de--- muestra una mayor frecuencia.

GRAFICA No. 6

PROFESION U OFICIO



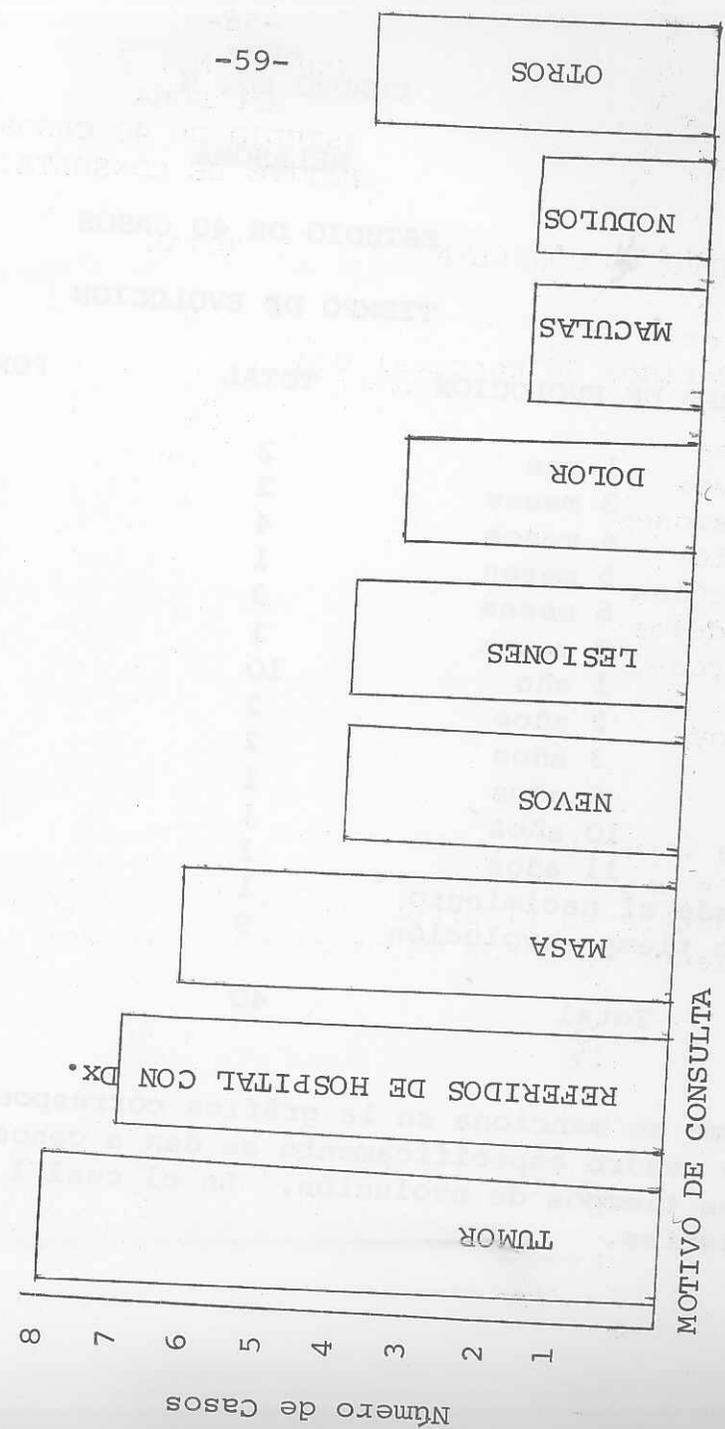
CUADRO No. 7
MELANOMA
ESTUDIO DE 40 CASOS
MOTIVO DE CONSULTA.

MOTIVO DE CONSULTA	TOTAL	PORCENTAJE
Tumor	8	20
Referidos de Hospital con Dx	7	17.5
Masa	6	15
Nevos	4	10
Lesiones	4	10
Dolor	3	7.5
Mácúlas	2	5
Nódulos	2	5
Otros	4	10
TOTAL	40	100.0

La importancia del motivo de consulta y la afección más común por la que consultaron los pacientes se de muestra en el presente cuadro y la gráfica correspondiente en donde Tumor ocupa el primer lugar.

GRAFICA No. 7

MOTIVO DE CONSULTA



MELANOMA

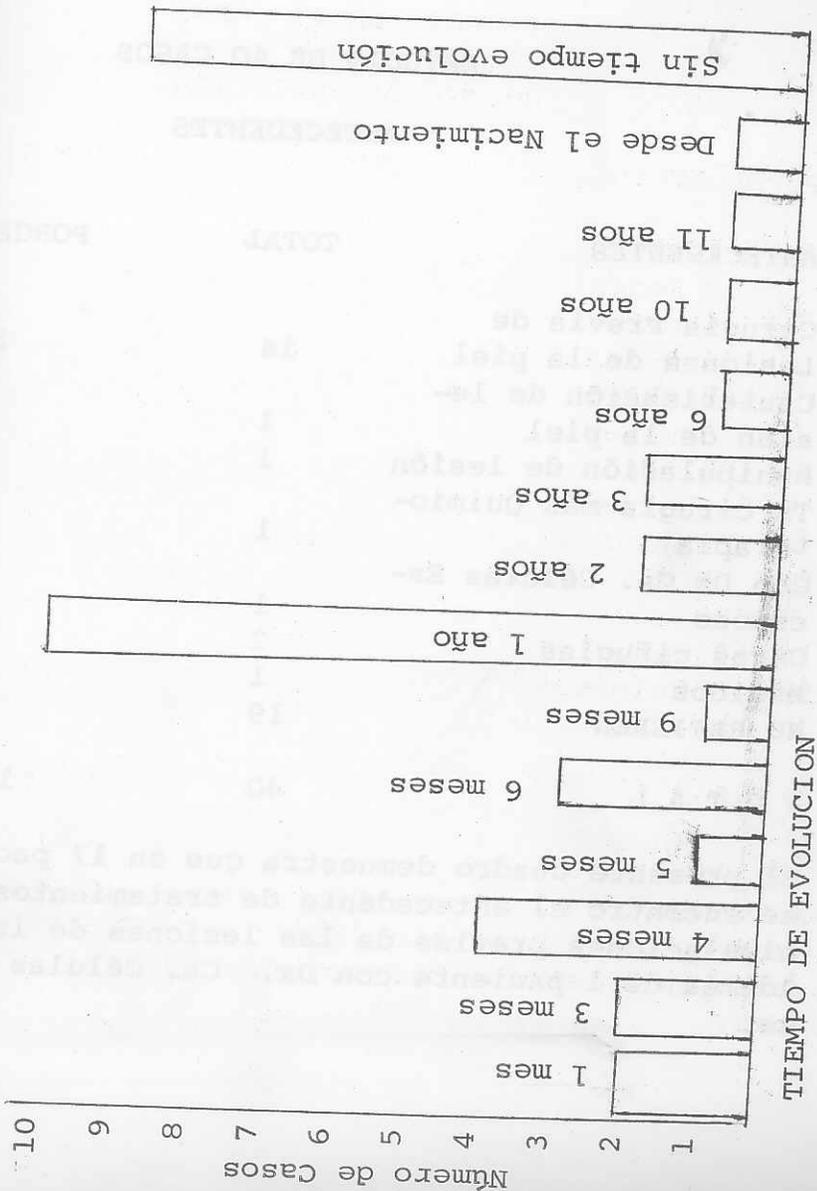
ESTUDIO DE 40 CASOS

TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO DE EVOLUCION	TOTAL	PORCENTAJE
1 mes	2	5
3 meses	2	5
4 meses	4	10
5 meses	1	2.5
6 meses	3	7.5
9 meses	1	2.5
1 año	10	25
2 años	2	5
3 años	2	5
6 años	1	2.5
10 años	1	2.5
11 años	1	2.5
Desde el nacimiento	1	2.5
Sin tiempo-evolución	9	22.5
Total	40	100.0

Como se menciona en la gráfica correspondiente. En éste cuadro específicamente se dan a conocer cada uno de los tiempos de evolución, En el cual 1 año tuvo 10 pacientes.

GRAFICA No. 8
TIEMPO DE EVOLUCION



CUADRO No. 9

MELANOMA

ESTUDIO DE 40 CASOS

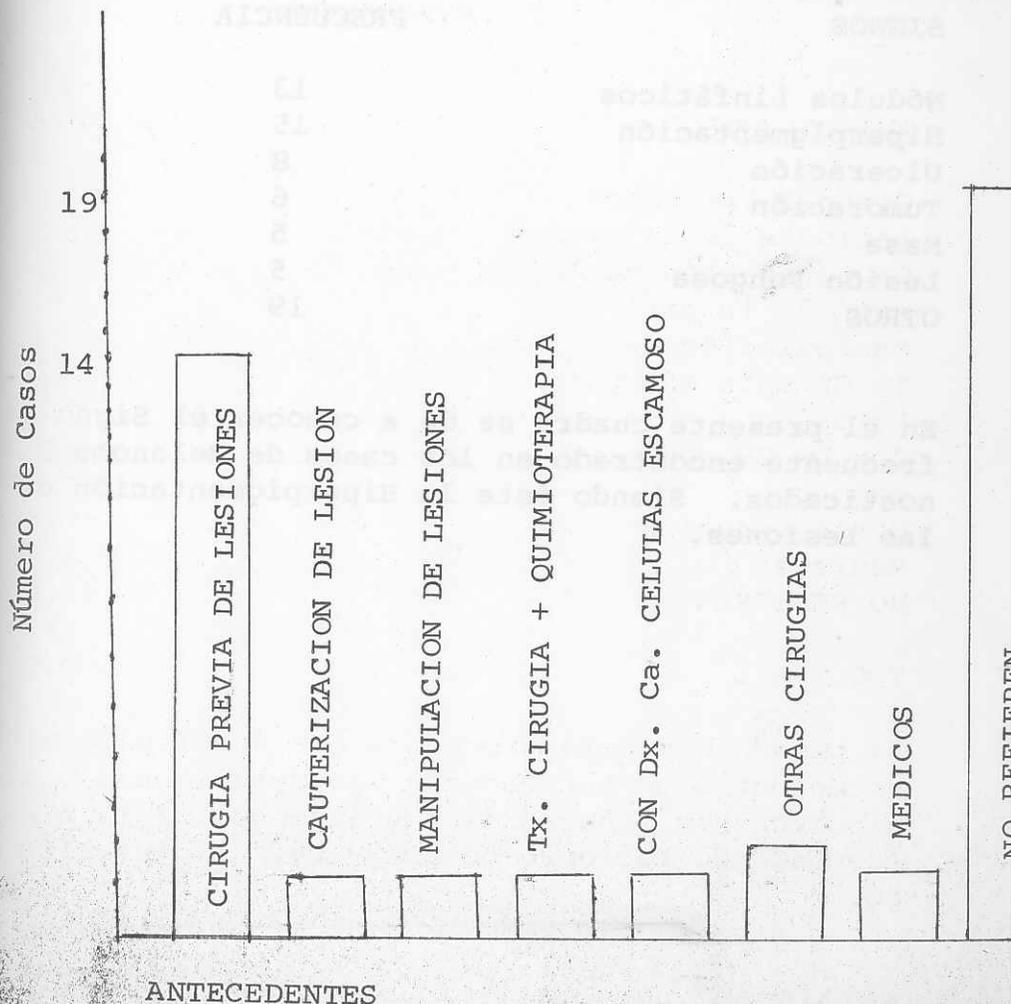
ANTECEDENTES

ANTECEDENTES	TOTAL	PORCENTAJE
Cirugía Previa de Lesiones de la piel	14	35
Cauterización de lesión de la piel	1	2.5
Manipulación de lesión	1	2.5
Tx Cirugía más Quimioterapia	1	2.5
Con Dx Ca. Células Escamoso	1	2.5
Otras cirugías	2	5.5
Médicos	1	2.5
NO REFIEREN	19	47.5
T O T A L	40	100.0

El presente cuadro demuestra que en 17 pacientes se encontró el antecedente de tratamientos o manipulaciones previas de las lesiones de la piel. Además de 1 paciente con Dx. Ca. Células Escamoso.

GRAFICA No. 9

ANTECEDENTES



CUADRO No. 10

MELANOMA

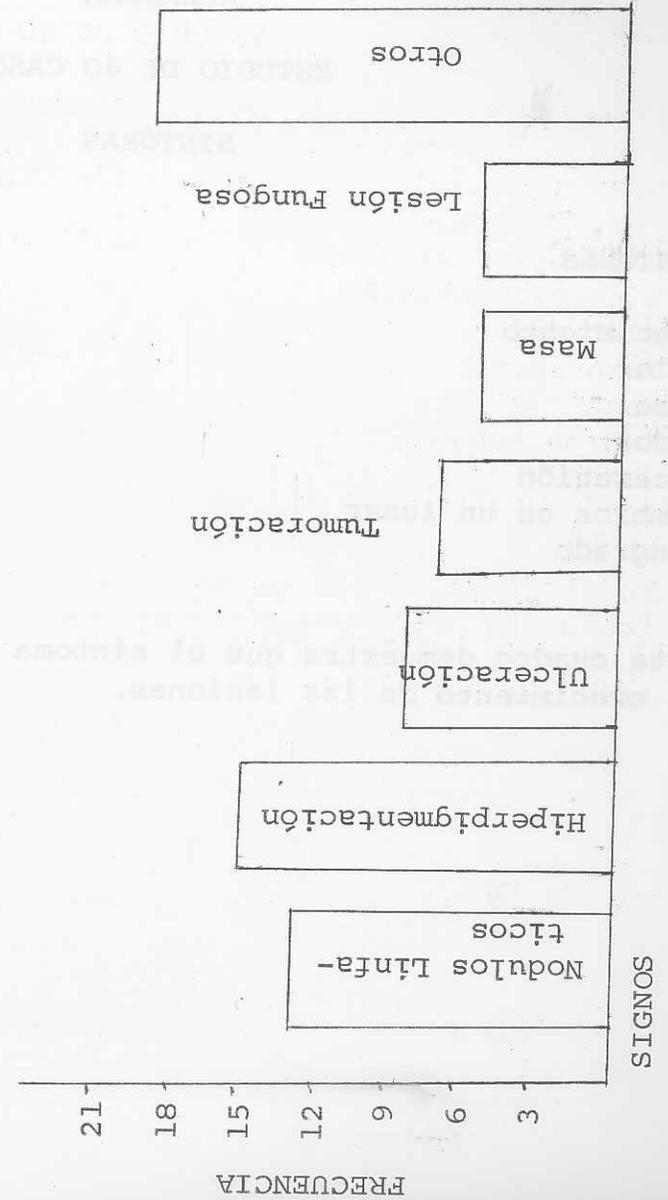
ESTUDIO DE 40 CASOS

SIGNOS

SIGNOS	FRECUENCIA
Nódulos Linfáticos	13
Hiperpigmentación	15
Ulceración	8
Tumoración	6
Masa	5
Lesión Fungosa	5
OTROS	19

En el presente cuadro se dá a conocer el Signo más frecuente encontrado en los casos de Melanoma Diagnosticados. Siendo éste la Hiperpigmentación de las Lesiones.

GRAFICA No. 10
SIGNOS



MELANOMA

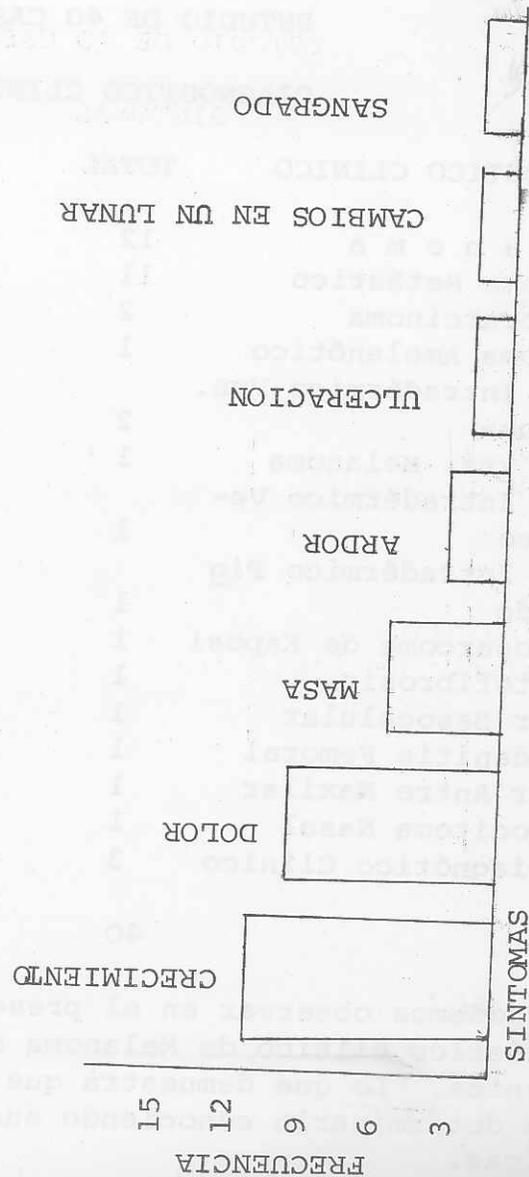
ESTUDIO DE 40 CASOS

SINTOMAS

SINTOMAS	FRECUENCIA
Crecimiento	11
Dolor	10
Masa	5
Ardor	3
Ulceración	2
Cambios en un lunar	2
Sangrado	2

Este cuadro demuestra que el síntoma más frecuente fué, el crecimiento de las lesiones.

GRAFICA NO. 11
SINTOMAS



CUADRO No. 12

MELANOMA

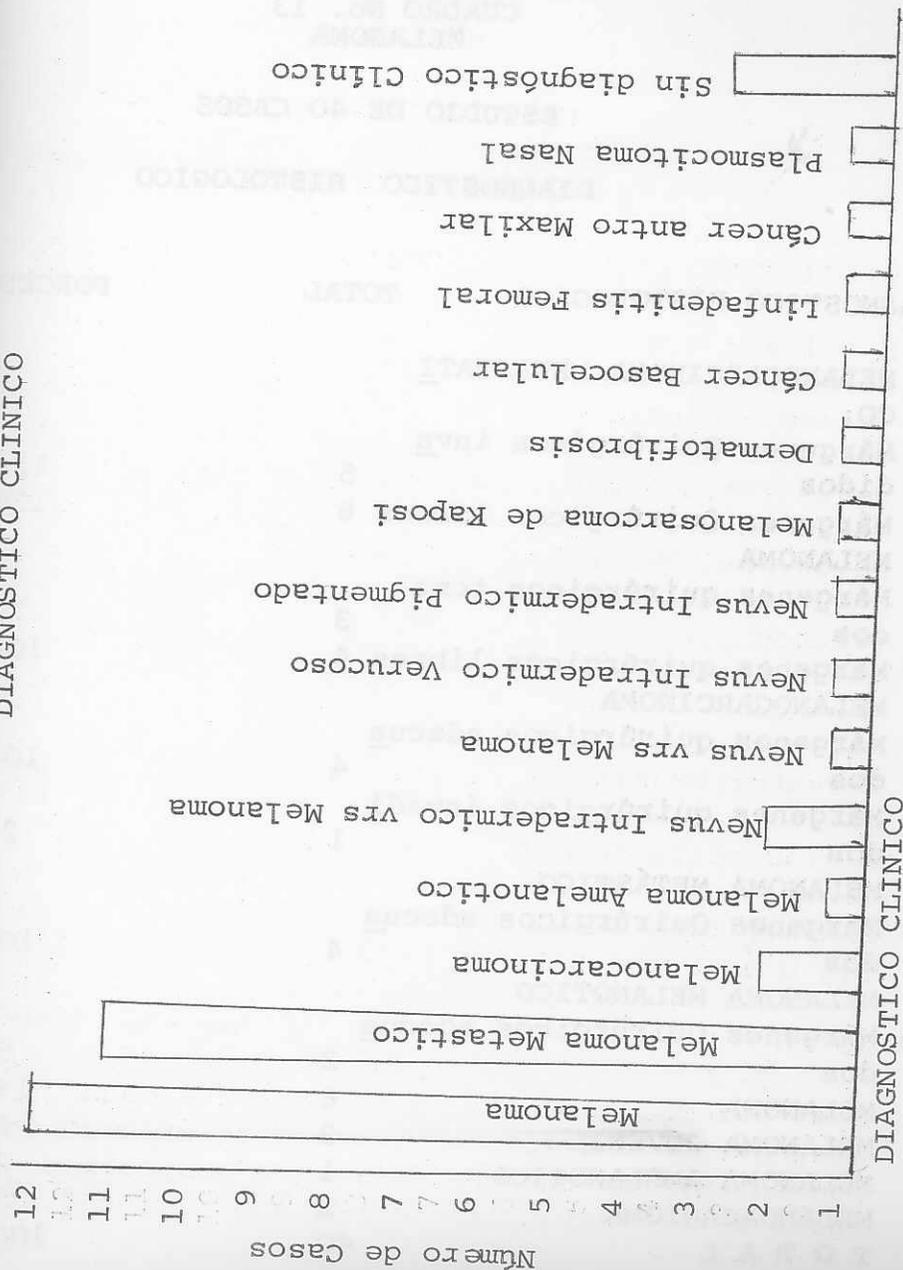
ESTUDIO DE 40 CASOS

DIAGNOSTICO CLINICO

DIAGNOSTICO CLINICO	TOTAL	PORCENTAJE
M e l a n o m a	12	30
Melanoma Metástico	11	27.5
Melanocarcinoma	2	5
Melanoma Amelanótico	1	2.5
Nevus Intradérmico Vrs.		
Melanoma	2	5
Nevus vrs. Melanoma	1	2.5
Nevus Intradérmico Verucoso	1	2.5
Nevus Intradérmico Pigmentado	1	2.5
Melanosarcoma de Kaposi	1	2.5
Dermatofibrosis	1	2.5
Cáncer Basocelular	1	2.5
Linfadenitis Femoral	1	2.5
Cáncer Antro Maxilar	1	2.5
Plasmocitoma Nasal	1	2.5
Sin Diagnóstico Clínico	3	7.5
TOTAL	40	100.0

Como podemos observar en el presente cuadro, el diagnóstico clínico de Melanoma se efectuó en 26 pacientes. Lo que demuestra que es posible llegar a determinarlo conociendo sus características clínicas.

GRAFICA No. 12
DIAGNOSTICO CLINICO



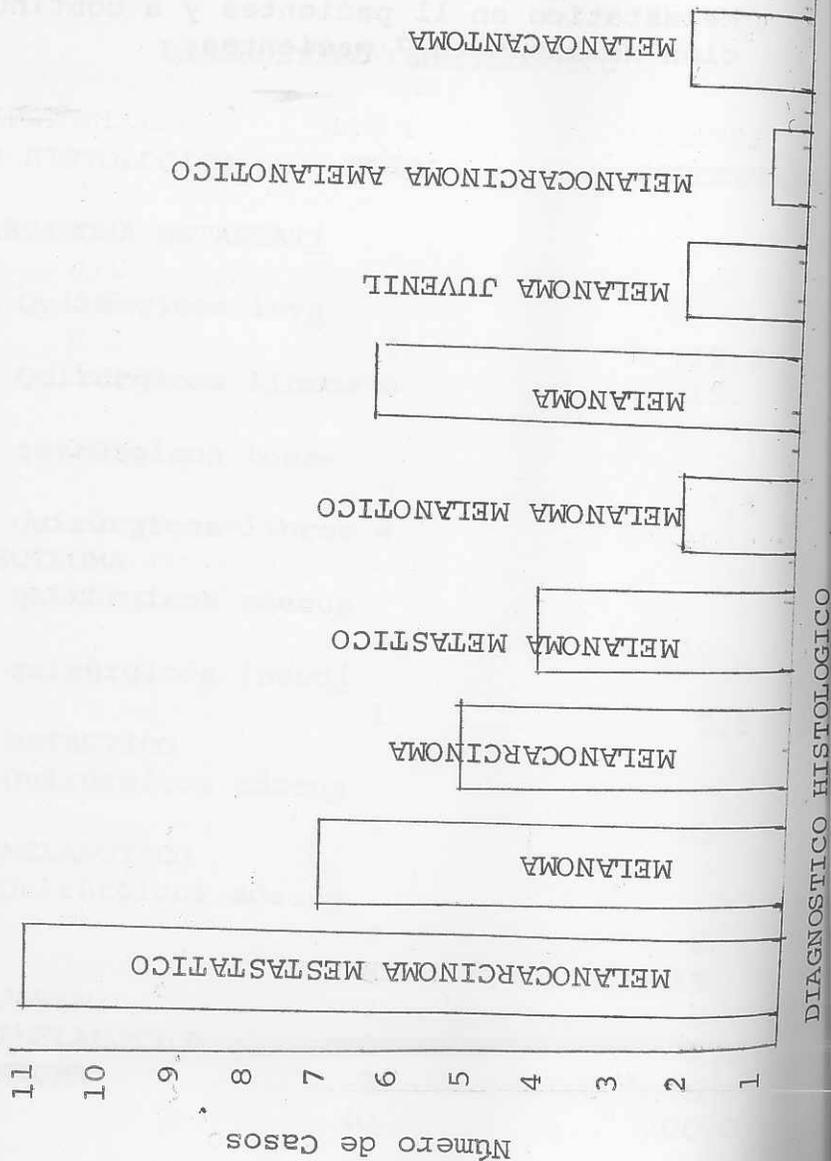
CUADRO No. 13
MELANOMA

ESTUDIO DE 40 CASOS
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	TOTAL	PORCENTAJE
1 MELANOCARCINOMA METASTATI CO.		
1A Márgenes Quirúrgicos inva didos	5	12.5
1B Márgenes Quirúrgicos libres	6	15.
2 MELANOMA		
2A Márgenes quirúrgicos toma dos	3	7.5
2B Márgenes quirúrgicos libres	4	10
3 MELANOCARCINOMA		
3A Márgenes quirúrgicos adecua dos	4	10
3B Márgenes quirúrgicos invadi dos	1	2.5
4 MELANOMA METASTICO		
4A Márgenes Quirúrgicos adecua dos	4	10
5 MELANOMA MELANOTICO		
5A Márgenes Quirúrgicos adecua dos	2	5
6 MELANOMA	6	15
7 MELANOMA JUVENIL	2	5
8 MELANOMA AMELANOTICO	1	2.5
9 MELANOACANTOMA	2	5
T O T A L	40	100.0

Como se demuestra en la gráfica #13 y su respectivo cuadro, el diagnóstico histo- lógico más frecuente fué Melanocarcinoma Metastatico en 11 pacientes y a continua- ción Melanoma en 7 pacientes.

GRAFICA No. 13
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO



MELANOMA

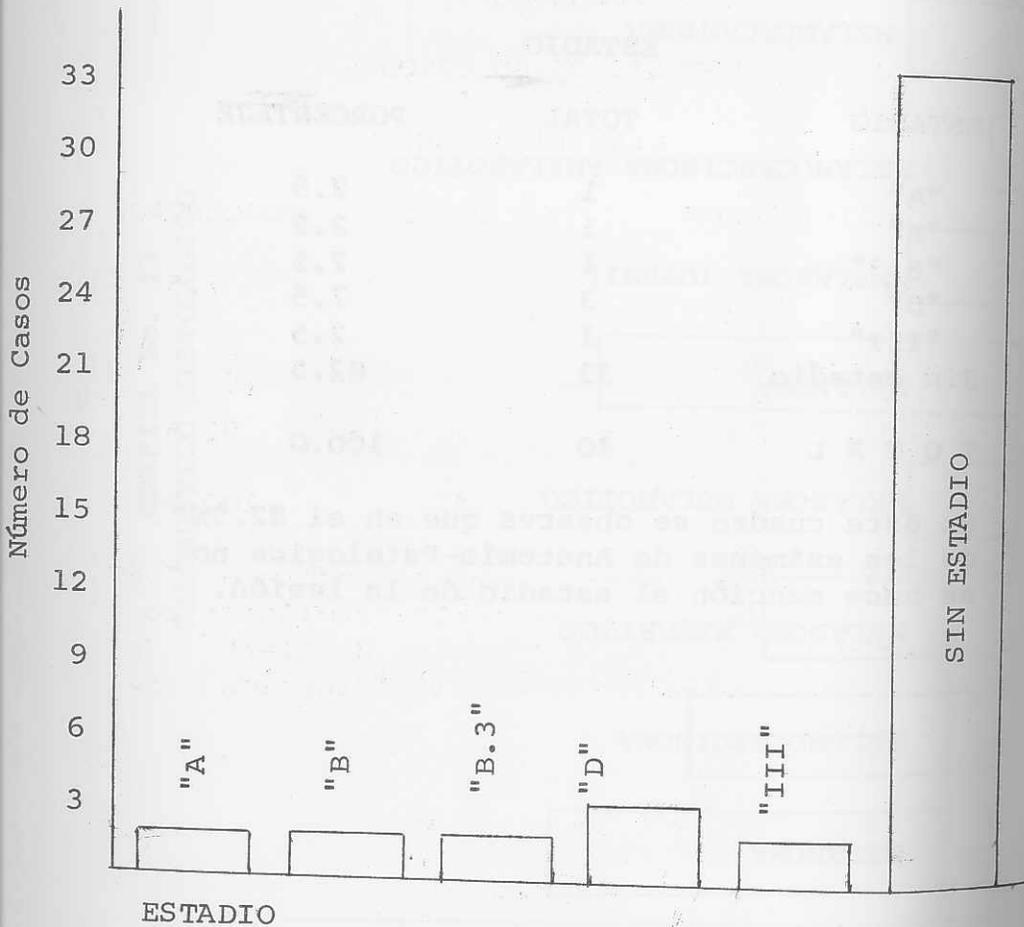
ESTUDIO DE 40 CASOS

ESTADIO		
ESTADIO	TOTAL	PORCENTAJE
"A"	1	2.5
"B"	1	2.5
"B.3"	1	2.5
"D"	3	7.5
"III"	1	2.5
Sin estadio	33	82.5
T O T A L	40	100.0

En éste cuadro se observa que en el 82.5% de los exámenes de Anatomía-Patologica no se hace mención al estadio de la lesión.

GRAFICA No. 14

ESTADIO



CUADRO No. 15

MELANOMA

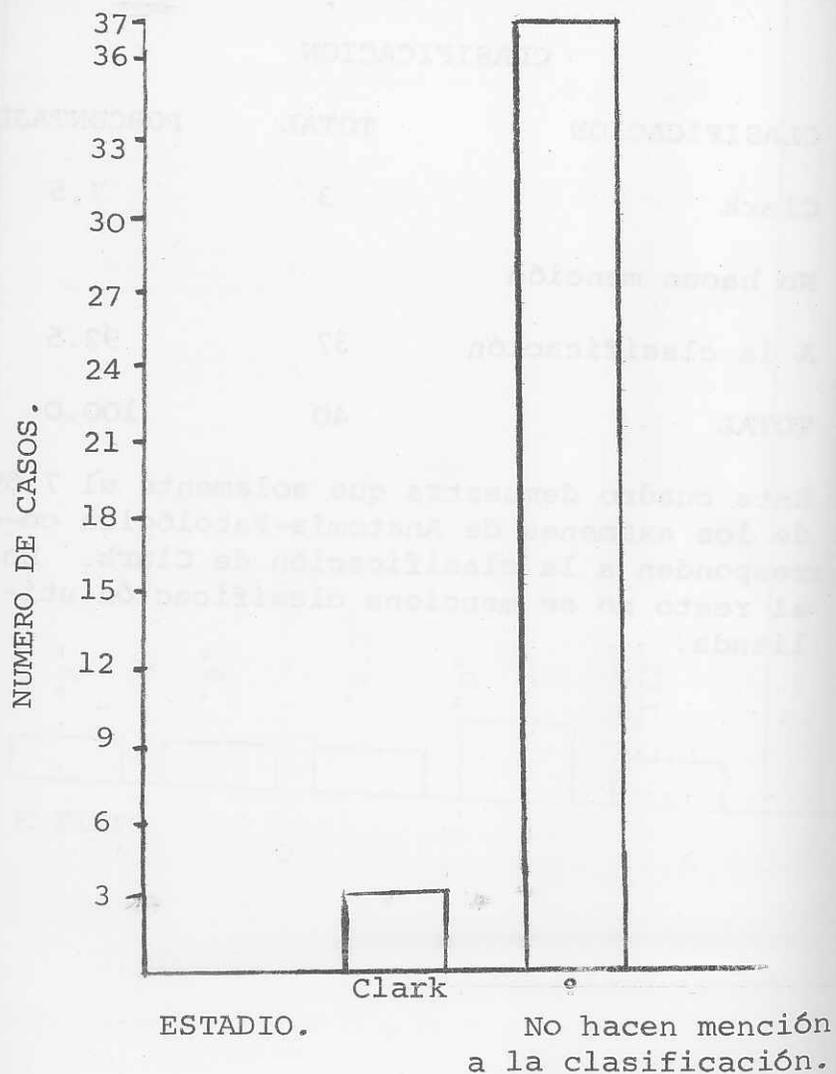
ESTUDIO DE 40 CASOS

CLASIFICACION

CLASIFICACION	TOTAL	PORCENTAJE
Clark	3	7.5
No hacen mención		
A la clasificación	37	92.5
TOTAL	40	100.0

Este cuadro demuestra que solamente el 7.5% de los exámenes de Anatomía-Patológica corresponden a la clasificación de Clark. En el resto no se menciona clasificación utilizada.

CLASIFICACION



CUADRO No. 16
MELANOMA
ESTUDIO DE 40 CASOS
LOCALIZACION DE LA LESION

AREA AFECTADA	TOTAL	PORCENTAJE
Región Occipital	1	2.5
Región Temporal	1	2.5
Cuero cabelludo	1	2.5
Cara	1	2.5
Región Frontal	1	2.5
Ojo izquierdo	2	5
Nariz	1	2.5
Parótida Izquierda	2	5
Mejilla Izquierda	1	2.5
Antro-Maxilar Derecho	1	2.5
Mentón	1	2.5
Hombro derecho	1	2.5
Mano derecha	2	5
Axila derecha	2	5
Axila izquierda	1	2.5
Seno Izquierdo	1	2.5
Ingle	4	10
Muslo derecho	2	5
Muslo izquierdo	2	5
Talón derecho	2	5
Pie derecho	7	17.5
Pie izquierdo	3	7.5
T O T A L	40	100.0

-78-
CUADRO No. 16A

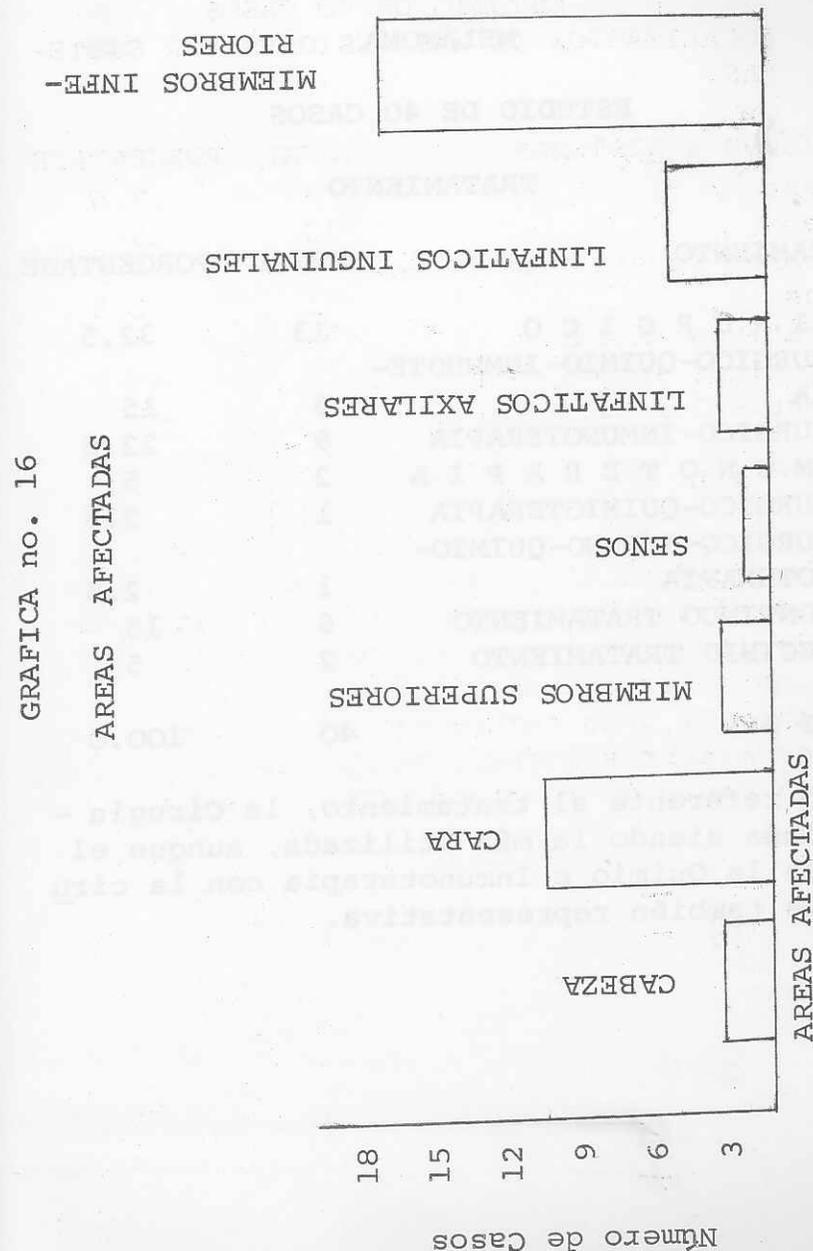
MELANOMA

ESTUDIO DE 40 CASOS

LOCALIZACION DE LAS LESIONES POR SISTEMAS.

REVISION x SISTEMAS	TOTAL	PORCENTAJE
Cabeza	3	7.5
Cara	10	25
Miembros superiores	3	7.5
Senos	1	2.5
Linfáticos axilares	3	7.5
Linfáticos Inguinales	4	10
Miembros Inferiores	16	40
T O T A L	40	100.0

En los cuadros 16 y 16A observamos: Los diferentes sitios anatómicos de localización de las lesiones en forma general, donde encontramos una mayor incidencia de éstas en el pie derecho (7) y su agrupación por sistemas donde los miembros inferiores mostraron una incidencia mayor de 16 casos (40%). Respectivamente.



CUADRO No. 17

MELANOMA

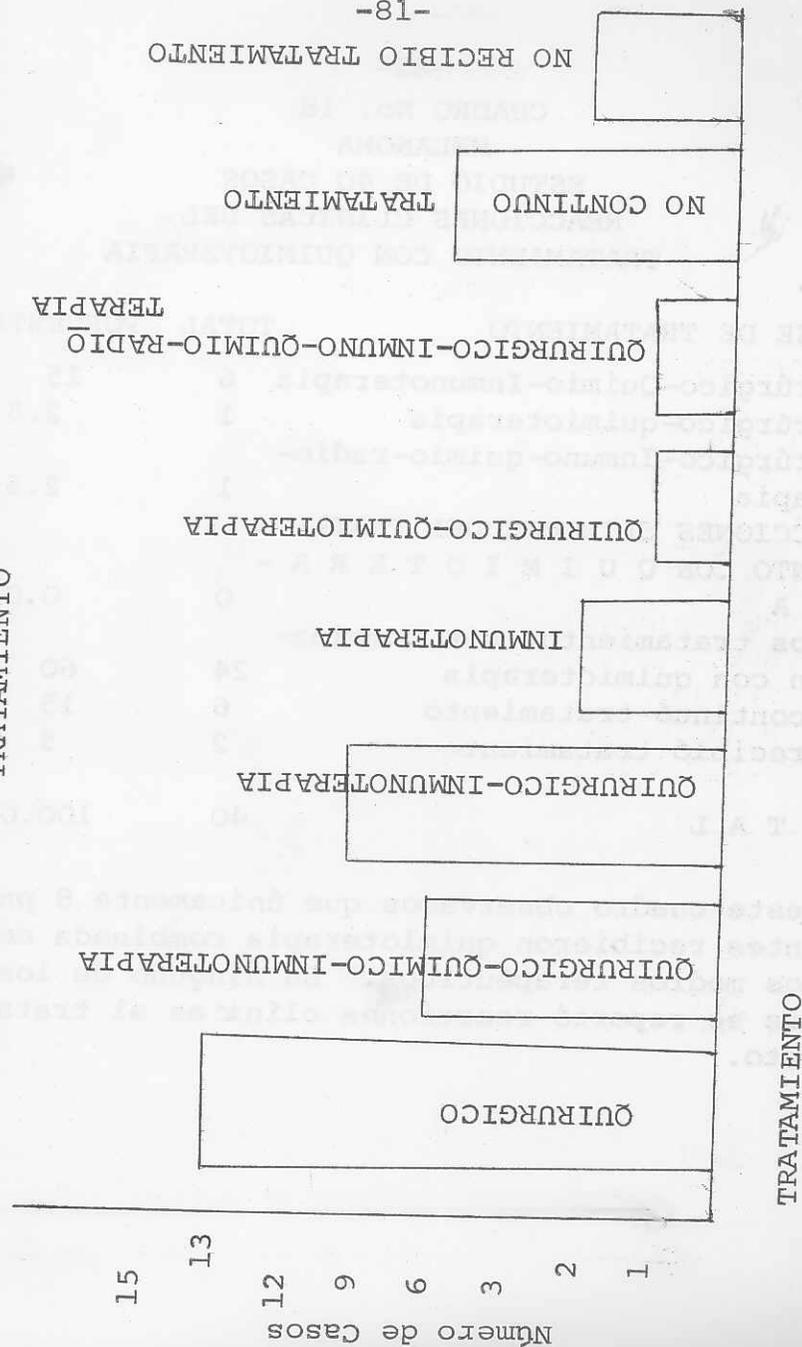
ESTUDIO DE 40 CASOS

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
QUIRURGICO	13	32.5
QUIRURGICO-QUIMIO- INMUNOTERAPIA	6	15
QUIRURGICO- INMUNOTERAPIA	9	22.5
INMUNOTERAPIA	2	5
QUIRURGICO-QUIMIOTERAPIA	1	2.5
QUIRURGICO- INMUNO-QUIMIO- RADIOTERAPIA	1	2.5
NO CONTINUO TRATAMIENTO	6	15
NO RECIBIO TRATAMIENTO	2	5
TOTAL	40	100.0

En lo referente al tratamiento, la Cirugía - continúa siendo la más utilizada, aunque el uso de la Quimio e Inmunoterapia con la cirugía es también representativa.

GRAFICA No. 17
TRATAMIENTO



CUADRO No. 18
 MELANOMA
 ESTUDIO DE 40 CASOS
 REACCIONES CLINICAS DEL
 TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

CLASE DE TRATAMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
Quirúrgico-Quimio-Inmunoterapia	6	15
Quirúrgico-quimioterapia	1	2.5
Quirúrgico-Inmuno-quimio-radio-terapia	1	2.5
REACCIONES CLINICAS DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA	0	0.0
Otros tratamientos sin combinación con quimioterapia	24	60
No continuó tratamiento	6	15
No recibió tratamiento	2	5
T O T A L	40	100.0

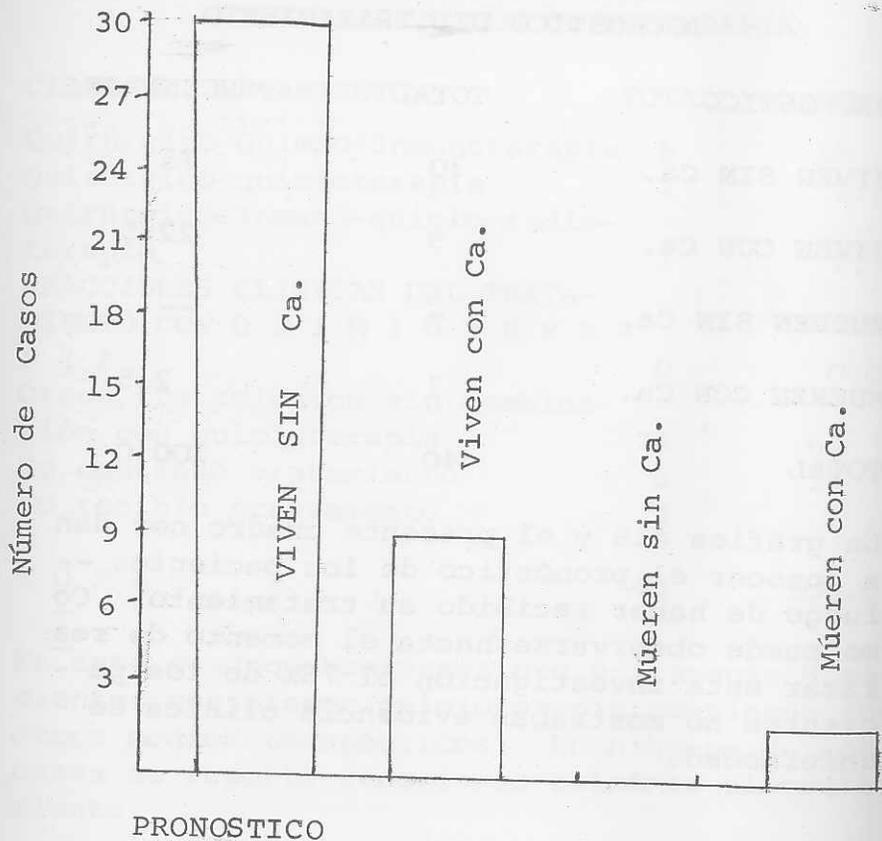
En este cuadro observamos que únicamente 8 pacientes recibieron quimioterapia combinada con otros medios terapéuticos. En ninguno de los casos se reportó reacciones clínicas al tratamiento.

CUADRO No. 19
 MELANOMA
 ESTUDIO DE 40 CASOS
 PRONOSTICO DEL TRATAMIENTO

PRONOSTICO	TOTAL	PORCENTAJE
VIVEN SIN Ca.	30	75
VIVEN CON Ca.	9	22.5
MUEREN SIN Ca.	-	--
MUEREN CON Ca.	1	2.5
TOTAL	40	100.0

La gráfica #18 y el presente cuadro nos dan a conocer el pronóstico de los pacientes -- luego de haber recibido su tratamiento. Como puede observarse hasta el momento de realizar ésta investigación el 75% de los pacientes no mostraban evidencia clínica de enfermedad.

PRONOSTICO DEL TRATAMIENTO



CONCLUSIONES

- De un total de 11057 exámenes de Anatomía- Patológica revisados durante los cinco años. Solamente 40 casos correspondieron a Melanoma.
- De lo anterior se deduce que la incidencia de Melanoma en el Instituto de Cancerología durante ese período es baja - 0.36%.
- El sexo más afectado por ésta neoplasia fué el femenino 55%.
- Se encontró una incidencia mayor de Melanoma en pacientes procedentes de Escuintla y Jutiapa 10% respectivamente en relación a los otros departamentos - excepto la ciudad.
- El grupo etario más afectado es aquel - comprendido entre los 61-70 años 30% en segundo lugar 71-80 años 20%.
- El grupo étnico más afectado fué el ladino 77.5%.
- En el 42.5% de las Historias Clínicas - no aparece anotado el dato de la profesión.
- El motivo de consulta más frecuente en la investigación fué tumor 20%.

- Se determinó que 1 año de evolución fué el período más frecuente 25% entre la aparición de los síntomas y su primera consulta.
- En el 42.5% de los pacientes se encontró el antecedente de tratamientos previos de las lesiones o de los nevus.
- El signo clínico más frecuente fué la hiperpigmentación de las lesiones.
- El síntoma más frecuente fué el crecimiento de las lesiones, en segundo lugar el dolor.
- En el 65% de los pacientes se realizó el diagnóstico clínico de Melanoma.
- El diagnóstico Histológico más frecuente fué Melanoma 32.5%.
- Se determinó que en el 82.5% de los reportes de anatomía Patológica no se hace mención al estadio de la lesión.
- Solamente en el 7.5% de los exámenes de Anatomía-Patológica mencionaron la clasificación utilizada.
- El sitio anatómico más afectado por esta neoplasia fué los miembros inferiores 40% y la cara en un 25%.
- El tratamiento más utilizado fué la cirugía 32.5% luego la combinación de ésta con

Inmunoterapia y quimioterapia.

- Entre los pacientes que recibieron Quimioterapia 20% ninguno presentó reacciones clínicas al uso del mismo.
- El 75% de los pacientes viven sin evidencia clínica de enfermedad. Solamente un paciente falleció con Melanoma.
- De acuerdo a la bibliografía consultada la Etiología del Melanoma no está del todo aclarada, aunque factores como la radiación solar, genéticos, hormonales, traumatismos, irritación crónica, se mencionan su papel no es definitivo.
- Los niveles de invasión descritos por Clark son actualmente los más aceptados.
- Se determinó que en el 82.5% de los reportes de anatomía Patológica no se hace mención al estadio de la lesión.
- Solamente en el 7.5% de los exámenes de Anatomía-Patológica mencionaron la clasificación utilizada.
- El sitio anatómico más afectado por esta neoplasia fué los miembros inferiores 40% y la cara en un 25%.
- El tratamiento más utilizado fué la cirugía 32.5% luego la combinación de ésta con

RECOMENDACIONES

- Concientizar a médicos y pacientes que el diagnóstico y tratamiento temprano del Melanoma mejora su pronóstico.
- Que en los exámenes de Anatomía-Patológica se reporte la clasificación utilizada para llegar a conocer en estudios futuros cual es la más usada.
- Hacer que los pacientes que han sido tratados por Melanoma, aún cuando hayan tenido buena evolución sigan siendo evaluados periódicamente en la consulta externa.
- Debe continuarse la investigación de esta neoplasia para así poder ser capaces de establecer juicios y criterios basados en estudios de nuestra población.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anckerman and Del Regato. Cáncer, Diagnósis, Treatment and Prognosis. Fifth Edition. Pag. 209-220. 1977.
- 2.- Burke jp, McCarthy NWH, and Milton G.W. Imidazole Carboxamide Therapy in advance Malignant Melanoma. Cancer 27: 744-750, 1971.
- 3.- Breslow A. The surgital treatment of -- Stage I cutaneous. Melanoma. Cáncer - Treatment Reviews 5 (4) 195-8. 1978.
- 4.- Bray, E.W. Efect of Bacillus Calmette Guerin on local and Metastatic Melanoma Growth. J. Surg. Res. 25 (4) 319-23, 1978.
- 5.- Conrad, Fred. G. Cures Achieved in patients with Metastatic Malignant Melanoma of the skin. Cáncer 30 (1) 144-47. 1972.
- 6.- Cordero C., Fernando A. Dermatología - Médico-Quirúrgico. Tomo No. 2, pag. 573-75. Tercera Edición 1972.
- 7.- Crammer, MD Lynn G. Biopsy of Malignant Melanoma (Letter) Journal of the American Medical Association (Chicago) 239 (10) 928. 1978.

8. Ellerbrock, W.C. Oral Contraceptives and Malignant Melanoma. *Jama* 206 : 649, 1968.
9. Everall, J.D. and Dowa, P.M. Diagnosis, Prognosis, and treatment of Melanoma. *The Lancet* 2 (8032): 286-9. 1977.
10. Fabricant, Robert N. and Todaro, George J. - Growth Factor Nervous and Malignant Melanoma. (Letter) *The New England Journal of Medicine* 298 (7): 402. 1978.
11. Guterman, Jordan U. Et al. Chemoinmunotherapy of disseminated Malignant Melanoma with Dimethyl Triazeno Imidazole Carboxamide and Bacillus Calmette-Guerin. *The new England Journal of Medicine* 291 (12) : 592-6. 1974.
12. Helm, Frederick. *Cáncer Dermatology*. By Lea & Febiger. Pag. 3-15, 141-157. 1979.
13. Jeffrey, A. et al. Rol. del DTIC. (INSC-45388) en la Quimioterapia. *Cancer Treatment Reports*. 60 (2) 1976.
14. Krementz, Edward T.M.D., Node Dissection for extremity Melanoma. *The new England Journal of Medicine* 297 (12) 664-5. 1977.
15. Kripke, M.L. Speculations on the role of ultraviolet Radiation in the Development of Malignant Melanoma. *J.N. C.T.*, 63 (3) 541-8. 1979
16. Little, J.H. and Davis, N.C. Frozen Section - Diagnosis of suspected Malignant Melanoma of the skin. *Cáncer* 34 (4) 1163-72. 1974.

17. Lerner, MD. Aaron B. et al. Effects of oral Contraceptives and Pregnancy on Melanomas. (letter). *The New England Journal of Medicine* 301 (1): 1979.
18. López Re, Bhakon H, Daolinins, Et Al.- Effect of Estrogen on the Growth on the B-16 Melanoma Surg Forum 29: 153-154. 1978.
19. Lizama R., Carlos, Proyecto de protocolo para el tratamiento del Melanoma que se presentó al IV Congreso de Cancerología de Centro-América y Panamá. Instituto de Cancerología.
20. Lawrence Junior, and José Terz. *Cáncer Management*. Grune & Stratton 1978.
21. Nutting, M.G. Ascites in Malignant Melanoma after oral B.C.G. immunotherapy. - (Letter) *The new England Journal of Medicine* 295 (7) 395. 1976.
22. Pereira, F.A. Biopsy of Melanoma (letter) *Journal of the American Medical Association (Chicago)* 240 (22) 2434. -- 1978.
23. Protocolo para el uso de Quimioterapia. Instituto de Cancerología de México. (INCANM) 1974.
24. Rivera Girón, Elena. Melanoma Maligno. Tesis Médico y Cirujano. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1979.

25. Rossi, Gerardo y Bertacchini, César y otros Autores. Posibilidades actuales de la qui-mioterapia Intraarterial. Collection of the proceedings XII Cong. Int. Cancer, Buenos Aires, 1978.
26. Shiu, MH. Schottenfeld, D. Maclean B. Et. al Adverse effect of Pregnancy on Melanoma, A. Reappraisal, Cáncer 37: 181-187. 1976.
27. Sadoff, & Winkley, J. Tysón, S. Is Malignant Melanoma and endocrine dependent tumor?. On cology 27: 244-257. 1973.
28. Sullivan, Bárbara P. B.C.G. in Cáncer Thera-py: Patient responses to B.C.G. Therapy for Malignant Melanoma. American Journal of Nur-sing (New York) 79 (2) 320-4.
29. Schapira, D.V. Et al Pneumonitis with oral - B.C.G. (Letter) The new England Journal of - Medicine 296 (7) 397, 1977.
30. Taylor Paz, Gerardo A. Incidencia de Melano-ma en Guatemala, Tesis Médico y Cirujano, - Guatemala, Universidad de San Carlos de Gua-temala, Facultad de Medicina, 1979.
31. Veronesi, MD. U Et al. Inefficacy of Inme-diate node dissection in Stage I Melanoma - of the Limbs. The New England Journal of - Medicine. 297 (12) 627-30. 1977.

32. Walter F. Lever M.D. and Gundula. Histopathology of the skin. 5th. Edition. J.B. Lippincott Compa-ny 1975. Pag. 664--677.
33. Wigle, Donald T. Malignant Melanoma of skin and sunspot Activity (Le--tter). Lancet 2 : (8079) : 38. 1978.
34. Zinkernagel, M.D. Rolf. M. Lymph-no-de dissection in melanoma (Letter) - The New England Journal of Medicine. 298 (4) 222-4. 1978.

Br. XIVY
HECTOR ANIBAL ROSAL VALDEZ

Zepeda
Asesor
NERO O. ZEPEDA C.

Dr. Jorge Arreaga
Revisor.
DR. JORGE M. ARREAGA.A

Nulla E.
Director de Fase III
HECTOR A. NULLA E.

Dr. Raul Castillo
Secretario
DR. RAUL CASTILLO

Dr. Rolando Castillo
Decano.
DR. ROLANDO CASTILLO M.