

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ESTUDIO COMPARATIVO Y VALOR PRONOSTICO
ENTRE LAS DIFERENTES CLASIFICACIONES
HISTOLOGICAS DEL MELANOCARCINOMA "

TESIS

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

POR

EVA LIDIA GARCIA GRAMAJO

En el Acto de Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

I N D I C E

TITULO

INTRODUCCION

DEFINICION DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

REVISION BIBLIOGRAFICA

MATERIALES Y METODOS

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

RESUMEN

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Siendo el melanocarcinoma una entidad eminentemente maligna que en muchas ocasiones, puede diagnosticarse erróneamente por sus manifestaciones que no son del todo claras y precisas, es de gran utilidad que el diagnóstico se haga en fase temprana, siendo de mucha importancia el momento en que se haga, así como su clasificación correcta, porque depende de un buen porcentaje el pronóstico del paciente.

Es por ende que se pretende con este estudio dar a conocer principalmente las comparaciones existentes entre las diversas clasificaciones histológicas y su valor pronóstico.

Para cumplir con ello se realizará el presente trabajo en el Hospital San Juan de Dios, elaborando una revisión retro-prospectiva de las fichas clínicas de los pacientes diagnosticados de esta enfermedad, en la mencionada institución, durante un período de tiempo de diez años retrospectivamente y cinco meses prospectivamente.

DEFINICION DEL OBJETO DE ESTUDIO

Determinar de acuerdo con el grado de invasión cal dado por la profundidad alcanzada a la dermis o epidermis por la lesión inicial, cual de las clasificaciones histológicas es más útil, para precisar el pronóstico la existencia de metástasis a ganglios linfáticos regionales y conocer de esta forma si en realidad la llamada clasificación de Clark o niveles, que es una de las más yormente empleadas es la más exacta y efectiva o si por el contrario, las otras (Breslows) con que al momento se cuenta, pueden ser efectivas y utilizables con mayor beneficio, traducido en una sobrevida más prolongada.

Todo ello nos llevará a determinar el pronóstico por consiguiente la sobrevida de cada paciente afectado por melanocarcinoma obtenido con la metodología actualmente utilizada para su manejo en el hospital sede de este presente estudio.

JUSTIFICACION

Tratar de establecer en el centro de investigación (Hospital San Juan de Dios), la forma como se han realizados los estudios histopatológicos de profundidad que afecta el tumor primario de los melanomas, para comparar con un sistema de medidas más exacto los cambios que se operan en un paciente por la presencia de éste tumor.

OBJETIVOS

1. Determinar el grado de invasión en profundidad en dermis, epidermis, Tejido celular subcutáneo y neoplásica del melanoma a través de la clasificación de Breslows y comparar los resultados de acuerdo con la clasificación de Clark.
2. Deducir en base a los resultados del estudio la so brevida de los pacientes, analizando cual de las clasificaciones empleadas es la más precisa (Clark o Breslows).
3. Tratar de predecir el o los grupos ganglionares que presenten metástasis de resultados obtenidos en esta medición.
4. Comparar y revisar nuevamente los estudios histopatológicos previos de la melanocarcinoma, para asignar una metodología de profundidad del tu mor unificado.
5. Conocer el tipo de lesión macróscica más frecuen te, localización y su extensión en superficie.

MELANOCARCINOMA

DEFINICION:

El melanoma es una lesión maligna, un cáncer de la piel o el resultado de una degeneración maligna en los melanocitos.

Muchos nacen de un nevo que ha existido desde el nacimiento y un pequeño número surgen imprevistamente. - (4), (5), (8), (10).

CLASIFICACION:

El diagnóstico clínico, clasificación y conceptos histológicos de los estadios tempranos en el melanoma maligno cutaneo ocurre en diferentes formas clinicopatológicas, que ha sido designado como:

MELANOMA LENTIGO MALIGNO.

MELANOMA SUPERFICIAL.

MELANOMA NODULAR.

Cada uno de estos melanomas malignos tienen una historia clínica característica y un distinto grado de aparecimiento.

HISTORIA NATURAL DEL MELANOMA

El melanoma tiene las siguientes capas de invasión:

- a) Expansión e invasión hasta el tejido continuo.
- b) Transferencia potencial maligno a los melanocitos adyacentes.
- c) Permeabilidad a través de los linfáticos.
- d) Embolia linfática.
- e) Extensión Hematogena.

La habilidad de estas células malignas para moverse via linfática y o el sistema venoso indican lo letal pero impresindible de la enfermedad natural.

Algunos pacientes pueden tener uno o más nodulos satelites en la vecindad de la lesión primaria, otros pueden tener múltiples metástasis a lo largo de la línea del drenaje linfático o nódulos linfáticos clínicamente palpables.

Los pacientes con enfermedad avanzada pueden tener nódulos subcutáneos en distintas partes del cuerpo o en distintos órganos (metástasis visceral) desafiando extensiones linfáticas o hematogenas.

Para facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud se ha establecido un sistema para indicar el punto en el cual, se ha descubierto la enfermedad del paciente:

- Estadio I: Melanoma localizado en el sitio primario.
- Estadio II: Indica que la enfermedad se ha extendido solamente a los nódulos linfáticos regionales.
- Estadio III: El Melanoma denota enfermedad diseminada a múltiples sitios; subcutáneo, linfáticos extra regional o visceral.

A diferencia de otros tipos de cáncer, el melanoma puede extenderse a todas partes del cuerpo. (8), (10).

HALLAZGOS CLINICOS

Cada uno de los melanomas malignos tienen sus características clínicas específicas observándose de la siguiente forma:

MELANOMA LENTIGO MALIGNO:

El lentigo maligno y el melanoma lentigo maligno, aparecen como una lesión lisa que con el tiempo cambia de tamaño y color, la lesión puede semejarse a unas pecas de aproximadamente 1.5 cm. de diámetro llamada peca de HUTCHINSON, aumentando de tamaño lentamente, se desarrolla en áreas expuestas de la piel.

Estas lesiones adquieren capacidad invasiva muestra áreas irregulares que pueden ser extensas, estas lesiones pueden aparecer en varios meses o muchos años antes de que ocurra el melanoma maligno, el color característico es de CAFE OBSCURO A NEGRO, en contraste cuando la lesión sufre regresión puede observarse áreas blancas o gris azulado. (1), (5), (10).

MELANOMA SUPERFICIAL EXTENSO:

Tiende a ser circular pero irregular, ocurre en cual-

quier parte del cuerpo, la lesión primaria es aproximadamente de tamaño 5 cm. diámetro, los márgenes tienden a estar elevados, y palpables, el color incluye una combinación de café o negro pero el color frecuentemente observado es el rosado pálido, el cual puede afectar una pequeña área o puede ser el color dominante de toda la lesión y en el curso de su evolución pueden localizarse, 1.ª fase de configuración centrifuga.

2. fase de crecimiento vertical rápido.

Pueden aparecer distintos nódulos.

MELANOMA NODULAR:

Puede aparecer como una esfera relativamente uniforme puede ser de superficie lisa o como una elevación irregular de una placa azul es palpable, el color puede ser AZUL NEGRUZCO o un color GRIS ROSA O NEGRO, el crecimiento es vertical, es mucho más resistente al tratamiento y su metastasis es potencialmente alta. (1), (4), (5), (10).

SITIOS DE APARECIMIENTO:

La mayoría de melanomas malignos se localizan entre áreas de: Codo y tobillo.

En los melanomas primarios en extremidades inferiores dándose más en mujeres; en el tronco más en hombres. Localizándose también en áreas de la cabeza y el cuello.

REGRESION ESPONTANEA:

Es un fenómeno bien reconocido, observándose parcial o completamente aparición de lesión maligna, en ausencia de cualquier tratamiento, el 10% de los casos documentados han experimentado regresión espontánea, el patrón es un HALO despigmentado en la periferia de la lesión.

FRECUENCIA:

En especial los melanomas se desarrollan más en mujeres que en hombres. EN EL MELANOMA LENTIGO MALIGNO; éste grupo de pacientes forman cerca del 10% de todas las clases de melanomas revela, un apareamiento a una edad de 70 años y es de 2 a 3 veces más en mujeres que en hombres.

EL MELANOMA SUPERFICIAL EXTENSO: El 75% de estos melanomas es mucho frecuente y se da a la edad de 40-50 años.

EL MELANOMA NODULAR: Se da en un 10-15% de todos los melanomas. Ocurre más en hombre que en mujeres y se da al rededor de los 50 años.

EPIDEMIOLOGIA:

Por varios años los epidemiólogos han indicado que el factor racial y exposición a rayos del sol son considera

ciones importantes de esta enfermedad por la penetración de los rayos infrarojos en la piel. Además ha sido asociada con factores genéticos, asimismo, la edad que ha sido un factor considerado y el sexo que ha sido notorio en el femenino.

CONSIDERACIONES HORMONALES: Durante el período de embarazo y otros estadíos en que los estrógenos son altos ha sido reportado por Dhoff la evidencia que el melanoma puede ser un tumor dependiente de estrógenos y por ende es que se desarrolla más en el sexo femenino, Snaider aplicó benzoato de estradiol diariamente, encontró que estos tumores, tienen un sitio receptor de es-trógenos. Asimismo, los esteroides aplicados directamente influyen en el crecimiento de melanoma maligno. (1), (4), (11).

SITIOS DE METASTASIS

SITIOS INUSUALES DE METASTASIS: Tales como el Corazón, Intestino delgado, Bazo y Vesícula biliar.

SITIOS COMUNES DE METASTASIS: Drenaje de linfáticos en el lado del sitio primario de la lesión, tejido subcutáneo, piel; en el sistema hepático y el sistema nervioso central.

SINTOMAS:

Los signos más importantes ocurren en meses recientes al aparecimiento de la lesión, siendo específicamente:

- Cambios en el tamaño del lunar.
- Crecimiento horizontal seguido de crecimiento vertical.
- Cambios de color de un lunar de café obscuro a negro probablemente acompañado de áreas de azul, rosado o blanco.
- Percepción o aparecimiento de prurito intermitente alrededor del lunar.
- Observación de una aumentada fragilidad generalmente denotada por pequeño sangrado al menor trauma.
- Baja de peso.
- Anorexia.
- Ascitis cuando hay compromiso hepático.
- Dolores de cabeza, confusión cuando esta afectado el sistema nervioso central.

OTROS SINTOMAS:

- Incluye dolor local.
- Aparecimiento de un nódulo linfático. (1), (3), (4).

CONSIDERACIONES PATOLOGICAS

En el MELANOMA LENTIGO MALIGNO; las secciones muestran un aumento en el número de melanocitos en la epidermis.

El hallazgo más distintivo es el pleomorfismo de los me

lanocitos los cuales tienen nucleo relativamente uniforme sin nucleolo prominente y citoplasma polvoriento.

EN EL MELANOMA SUPERFICIAL EXTENSO, las secciones tomadas de áreas no invasivas demuestran relativamente uniformidad y grandes melanocitos malignos de la epidermis similares a la distribución de las células de PAGET.

Los melanocitos intraepidermicos son enteramente diferentes tienen un citoplasma, con órganos esféricos cada uno delimitado por una membrana.

EN EL MELANOMA NODULAR: Lo que caracteriza al melanoma nodular es ausencia de extensión lateral de pigmentación con una inmediata invasión de la dermis por el nódulo maligno, el cual puede crecer rápidamente y puede causar una ulceración temprana de la superficie, debe de existir invasión de la dermis junto a extensión lateral, formando así la llamada forma de clavija. (1), (8), (11).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El diagnóstico de melanoma maligno puede hacerse con certeza solamente después del análisis histológico, no solamente con acertado estudio y apropiada clasificación determinando así profundidad de invasión o nivel o medidas de grosor. Las lesiones del melanoma pueden estar limitados a la epidermis o pueden invadir todos los niveles de la piel incluso grasa subcutánea, dándose una clasificación por niveles de invasión asignándose de la siguiente forma:

CLASIFICACION DE CLARK

Nivel I Melanoma maligno células sólo se confinan a la epidermis.

Nivel II Invasión de la zona papilar de la dermis.

Nivel III Invasión se extiende hasta el nivel de los vasos subcapilares, pero no entra a la dermis reticular.

Nivel IV Invasión de la dermis reticular.

Nivel V Invasión de grasa subcutánea. (1), (4), (5), (8), (11).

MEDIDAS DE BRESLOW'S

Espesor del tumor en milímetros:

a- 0.75 m.m. o menos.

b- 0.76 m.m. 1.50 m.m.

c- 1.51 - 3.0 m.m.

d- más de 3.0 m.m.

(11).

CLASIFICACION TNM. (T. que significa medias de es pesor de Breslows y niveles de Clark. La N. presencia de nódulos. Y M. refleja presencia o ausencia de metastasis en diferentes áreas).

T. Tumor primario.

TX. No hay evidencia del tumor primario (tumor primario desconocido o tumor primario removido no examinado histológicamente).

TO. Hiperplasia melanocítica atípica (nivel de Clark I), no lesión maligna.

T1. Invasión de la dermis papilar (nivel II) 0.75 m.m. o menos de espesor.

T2. Invasión de la dermis papilar reticular (nivel III) o 0.76 - 1.5 m.m. de espesor.

T3. Invasión dermis reticular (nivel IV) o 1.51 - 4 m.m. de espesor.

T4. Invasión del tejido subcutáneo o 4.1 m.m. o más en espesor o satélites de 2 cm. dentro de cualquier melanoma primario.

N. Nódulos comprometidos.

NX. No existen requerimientos mínimos para asegurar presencia de nódulos regionales.

NO. Nódulos regionales linfáticos no comprometidos.

N1. Compromiso de un solo nódulo regional linfático estacionarios nódulos móviles y no mayores de 5 cm. de diámetro o nódulos regionales linfáticos ne gativos y presencia de menos de 5 cm. metásta-

sis en tránsito más allá de 2 cm. del sitio primario.

N2. Cualquiera de los siguientes: 1- compromiso de más de nódulo regional linfático estacionario. 2- Nódulo regional de más de 5 cm. de diámetro o fi jos, 3- Cinco o más metástasis en tránsito o cual quier metástasis en tránsito más allá de 2 cm. del sitio primario con compromiso de nódulos linfáti cos regionales.

M. Metástasis a distancia.

MX. No existen requerimientos mínimos que aseguran la presencia de metástasis a distancia.

MO. No existe metástasis a distancia.

M1. Compromiso de piel o tejido subcutáneo más allá del sitio de drenaje del nódulo linfático primario.

M2. Metástasis visceral; extendida a cualquier sitio distante, de otro que sea piel o tejido subcutáneo. (1), (9).

INDICADORES PRONOSTICOS:

Los siguientes factores pueden ser útiles para indicar el curso futuro de la enfermedad del paciente:

A) Tipo del Melanoma; la persona con un melanoma l entigo maligno tiene un pronóstico brillante en con traste con las personas con un melanoma extenso su perficial y el que tienen un pésimo pronóstico es el melanoma nodular.

- B) Tamaño de la lesión primaria; el pronóstico es pésimo si la lesión primaria es mayor de 2 centímetros de diámetro.
- C) Duración de la lesión primaria; el mayor tiempo de la lesión hace que el pronóstico sea desfavorable.
- D) Ulceración o sangrado; cualquiera de estas dos características que presente la lesión primaria empeora el pronóstico.
- E) Niveles de invasión; una lesión primaria tiene un pronóstico menos favorable con un melanoma superficial.
- F) Espesor; la lesión primaria con respecto a la sobrevida es baja en pacientes con lesión primaria de medidas de más 1.5 m.m.
- G) Sitio primario; las lesiones localizadas en las extremidades distales tienden a tener un pulso más benigno de la enfermedad que las del tronco, cabeza o cuello. Las lesiones de las membranas mucosas, áreas subungueales u órganos viscerales tienen el peor pronóstico.
- H) Estadio de la enfermedad; el más alto estadio de la enfermedad empeora el pronóstico.
- I) Sexo; las mujeres tienen mejor pronóstico que el hombre.
- J) Sitio de metástasis; si el melanoma ha avanzado hacia órganos vitales el pronóstico es peor que si la deseminación se localiza en tejido cutáneo o subcutáneo.

- K) Estado Inmunológico; personas inmunodeficientes o inmuno competentes tienen un curso más agresivo de la enfermedad que las personas con buena inmunidad, la inmunidad específica entre el tumor se basa en estados nutricionales, edad, estado infeccioso, niveles de Stres y antecedentes genéticos. - (2), (10).

Pronóstico de sobre vida en 4 series publicadas por Clark y colaboradores dando una sobre vida a 5 años:

	CLARK	MCGOVEN	HUVOS	JOURDAN.
Nivel II	92%	86%	85%	72%
NIVEL III	65%	60%	59%	46%
NIVEL IV	54%	57%	45%	31%
NIVEL V	48%	44%	25%	12%

(7)

CASUISTICA

Estudio comparativo 5 años de sobrevida entre espesor del tumor primario y metastasis en pacientes con melanoma.

Espesor en m.m.	Universidad de Groteword, Suiza.	Grupo cooperativo para el estudio de Melanoma, Universidad de New York y Centro Médico - del Hospital de Massachusetts.	Espesor en m.m.	Universidad de Alabama.	Grupo cooperativo para el Estudio - Universidad de New York y Centro Médico del Hospital de Massachusetts.
0.75	98%	99%	0.75	100%	100%
0.76-1.50	90%	94%	0.76-1.50	94%	94%
1/51-2.25	83%	84%	1.51-3.99	83%	76%
2.26-3.0	72%	77%	4.0	40%	41%
Más 3.0	46%	46%			

NOTA: En ninguno de todos los pacientes se realizó disección regional de Nódulos. (6).

QUIMIOTERAPIA REGIONAL:

Quimioterapia debe ser evaluado en pacientes con melanoma y tratamiento coadyuvante para pacientes con enfermedad no macroscópica. Y para pacientes que no han tenido una cura, algunas de las drogas quimioterapéuticas tienen un alto grado de especificidad como en el metrotexsate, estreptozotocin, dacarbacina, carboxamida.

Las drogas son seleccionadas tomando en cuenta que tengan pocos efectos secundarios y que preferiblemente actuan en diferentes fases de la célula.

La droga más efectiva en la terapia del melanoma es -- Imidazol y Carboxamida.

RADIACION:

Estudios in vitro demuestran que el melanoma tiene en alta incidencia a la radiación, datos recientes sugieren que se requieren muy altas dosis de ionización para destruir células de melanoma mantenidas en tejido preparado en cultivo. (4) (5) (10).

EVALUACION DIAGNOSTICA:

El diagnóstico de melanoma es característicamente efectuada por una evaluación clínica, patológica e histológica utilizando para tal fin otras medidas como:

a. Rayos X.

b. Ultrasonograma.

c. La tomografía computarizada.

d. Inmunodiagnósis; hay un acumulo de literatura que sugiere la presencia de antígenos específicos en la membrana de estos tumores; estos antígenos permiten la identificación de anticuerpos específicos presentes en la superficie de la célula del melanoma (1), (4), (10).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

La cirugía debe ser considerada en pacientes con melanoma; debe ser cuidadosamente planificada para controlar no solo la lesión primaria, sino también las diseminaciones a nódulos regionales y linfáticos. La biopsia total incisional es la considerada de elección, para todas las lesiones sospechosas de melanoma maligno; con resección amplia de la lesión y la herida debe ser cerrada primariamente.

METODOLOGIA

Se estudiarón histológicamente, los especímenes quirúrgicos de pacientes con diagnóstico de Melanocarcinoma-que hallan sido o este actualmente bajo tratamiento por este problema en el Hospital General San Juan de Dios, por espacio de 10 años retrospectivamente y 5 meses - prospectivamente.

Para cumplir con lo anterior se contó con la asesoría del médico patólogo así se efectuó una nueva revisión de las láminas histológicas previas, analizándose de la siguiente forma:

1. Se llevó a cabo una revisión de historias clínicas de pacientes a los cuales se les ha hecho el diagnóstico de Melanoma y así saber el tipo de la lesión más frecuente macroscópicamente, localización y su extensión en superficie recolectando una muestra del 100 %.
2. Ya recolectados datos, se reunieron todas las láminas de cortes histológicos de melanoma, que se busco por número quirúrgico.
3. Con cada corte histológico se efectuó medidas de invasión en profundidad (Breslow), por medio del microscopio con una regla graduada en micras, colocada en uno de los oculares del mismo (microscopio binocular) que se traduce en milímetros.
4. De acuerdo con lo anterior a un determinado tumor se le dio un estadio histológico para predecir la pre

sencia o ausencia de metástasis a ganglios regionales.

5. Se analizó y se recolectaron datos conociendo de tal forma la sobrevivencia de cada paciente alcanzada, a partir desde el momento en que se hace el diagnóstico.

TABLA 1

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Distribución etarea.

EDAD EN AÑOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
10 - 20	6	6
21 - 30	3	3
31 - 40	6	6
41 - 50	15	15
51 - 60	21	21
61 - 70	29	29
71 - 80	15	15
81 - 90	5	5
TOTAL	100	100

TABLA 2

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Distribución por Sexo.

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	57	57
FEMENINO	43	43
TOTAL	100	100

TABLA 3

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Localización Anatómica.

AREA CORPORAL	No. DE CASOS	PORCENTAJE
PLANTA DEL PIE	54	54
CARA	11	11
TORAX	9	9
AXILA	6	6
BRAZO	4	4
CUELLO	4	4
PIERNA	4	4
BOCA	3	3
CUERO CABELLUDO	2	2
URETRA	1	1
TOTAL	100	100

TABLA 4

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Area Superficial en Milímetros cuadrados. (Especímen Resecado).

AREA EN MILIMETROS DE LA LESION	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
1 - 10	55	55
11 - 20	29	29
21 - 30	11	11
31 - 40	2	2
41 - 50	2	2
51 - 60	1	1
TOTAL	100	100

TABLA 5

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Diagnóstico Histológico de Acuerdo a la Variedad.

VARIEDAD	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
LENTIGO MALIGNO	25	25
SUPERFICIAL EXTENSO	60	60
NODULAR	15	15
TOTAL	100	100

TABLA 6

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Clasificación o Niveles de Clark.

ESTADIOS DE CLARK	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A = (I)	12	12
B = (II)	20	20
C = (III)	15	15
D = (IV)	17	17
E = (V)	36	36
TOTAL	100	100

TABLA 7

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Profundidad de invasión de los Especímenes con la Clasificación de Breslow.

ESTADIO EN MILIMETROS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0.75 o Menos	12	12
0.76 - 1.50	33	33
1.51 - 3.00	19	19
4.00 o Más	36	36
TOTAL	100	100

TABLA 8

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Metástasis Ganglionar Detección en examen Clínico en primera consulta asociado con la profundidad de la lesión.

ESTADIO EN MILIMETROS	No. DE CASOS	METASTASIS GANGLIONAR
0.75 o Menos	12	0
0.76 - 1.50	33	8
1.51 - 3.00	19	12
4.00 - o Más	36	18
TOTAL	100	38

TABLA 9

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Comparación de la clasificación de Clark con la clasificación de Breslow.

CLASIFICACION DE CLARK (DE TERMINACION PREVIA)		CLASIFICACION DE BRESLOW (REVISION PRESENTE ESTUDIO)	
NIVEL	No. DE CASOS	MILIMETROS	No. DE CASOS
A	12	0.75 o Menos	12
B	20		
C	15	0.76 - 1.50	13
D	17	1.51 - 3.00	19
E	36	4.00 - o Más	36
TOTAL	100		100

TABLA 9

TABLA 10

Melanocarcinoma: Estudio de 100 casos en el Hospital General San Juan de Dios 1975-1984.

Tiempo de sobrevida en 50 pacientes

VIVOS A NUMERO DE AÑOS

NIVELES DE INVASION (BRESLOW)	No. DE CASOS	1	2	3	4	5	%	6	7	8	%
0.75 o Menos	12	12	12	12	12	12	100	11	10	10	83
0.76 - 1.50	8	8	8	8	8	6	75	0			0
1.51 - 3.00	14	12	10	7	0		0				
4.00 - o Más	16	5	0								
TOTAL											

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

En nuestro estudio de 100 casos de Melanocarcinoma con diagnóstico comprobado histológicamente, durante el período de 1975-1984 encontrando que las edades de los mismos oscilaron entre 14 años para el menor y 90 años para el mayor, siendo el mayor número de casos en la sexta década de la vida (29%), seguidos de la quinta década con un número de casos del 21%. Es de hacer notar que en nuestra serie se observan 9 pacientes menores de 30 años de edad, lo cual está de acuerdo con lo informado con otros investigadores (5). La edad de nuestros pacientes se ilustra en la tabla 1.

Los datos observados en la tabla 2, demuestran que el sexo masculino presentó una incidencia de 57 casos y en el sexo femenino 43 casos. Según la localización anatómica ocupa el primer lugar planta del pie con 54 casos, seguido de 11 pacientes que el proceso neoplásico fue en la Cara, sus porcentajes fueron decreciendo tal como lo indica la tabla 3 y en ella se encuentra 1 caso de melanoma en la uretra por lo que es extremadamente raro.

En la tabla 4 se encuentran las medidas del área superficial en milímetros cuadrados en el espécimen reseca-do en esta; puede analizarse que el tumor de mayor tamaño oscilo entre 51 a 60 milímetros cuadrados en un paciente, el de menor tamaño fué de 1 a 10 milímetros cuadrados en 55 casos.

Por sus variedades histológicas del Melanocarcinoma ocurre en diferente forma, de acuerdo con su clasifica-

ción antigua. En la tabla 5 se ilustra que la lesión de mayor frecuencia fué el Melanoma superficial extenso - con un 60%, siguiéndole el Melanoma Lentigo Maligno - con un 25% y en menor grado el Melanoma Nodular con un 15%.

De los 100 pacientes con Melanocarcinoma que se ilustran en la tabla 6 se les clasificó de acuerdo a los Niveles de Clark, en el que corresponde su mayor frecuencia al nivel E de Clark o también llamado V se dieron 36 casos. Siguiéndole el nivel B de Clark o llamado II con 20 casos y con 12 casos el nivel A de Clark o llamado I.

En la tabla 7, se observa la profundidad de invasión de los especímenes con la clasificación de Breslow, en donde se demuestra que su mayor frecuencia en profundidades en milímetros fué de 4.00 o más con 36 casos, siguiéndola 0.76 - 1.50 milímetros con 33 casos y de 0.75 o menor con 12 casos.

En la presente revisión que aparece en la tabla 8 se ilustra la metástasis ganglionar, detección en examen clínico en primera consulta asociado con la profundidad de la lesión, en ella se compara que cuando más profunda es la lesión ocurre mayor incidencia de metástasis ganglionar en donde se observa que de 36 casos con medidas 4.00 o más se dieron 18 metástasis ganglionares y en menor frecuencia 12 casos con 0 metástasis en profundidad 0.75 o menos milímetros.

En la tabla 9 se ilustra la comparación del método de Clark con la clasificación de Breslow, en donde el nivel A con 12 casos se dió con igual número de casos para la clasificación de Breslow, en el nivel B con 20 pacientes

no se encuentra clasificado en Breslow porque pasarón al nivel C de Clark agrupándose en las medidas de 0.76-1.50 con 33 casos o sea del nivel B y C, los otros 2 pacientes restantes pasarón a formar parte del estadio D por lo que en Breslow se observan 19 pacientes en las medidas de 0.76 - 1.50. Aquí se analiza que los estadios en niveles pasarón a otro estadio más alto pues, por la localización del tumor que fué más en planta del pie tenían una profundidad mayor en epidermis. En el estudio de 100 casos de pacientes con melanocarcinoma que se ilustra en la tabla 10, se observa que solo 50 pacientes continuarón con sus controles periódicos notamos que en la profundidad menor (0.75 a 3.00 de Breslow). la sobrevida alcanzó el 100% a 5 años y casi similar a los 8 años con un 83%. por el contrario a mayor profundidad (3.00 a 4.00 milímetros) la mortalidad a 5 años es del 100%.

CONCLUSIONES

1. La edad de los pacientes con melanocarcinoma fué de 61 a 70 años, predominando el sexo masculino.
2. La localización anatómica más frecuente del melanocarcinoma fué en planta del pie.
3. Las medidas más frecuentes del espécimen estuvieron comprendidas de 1 a 10 milímetros cuadrados.
4. La variedad de mayor incidencia del melanocarcinoma fué el superficial Extenso en un 60%.
5. Según la clasificación de Clark el estadio que más se presentó fué el E.
6. Por la clasificación de Breslow la profundidad que más se presentó fué de 4.00 o más milímetros.
7. Se dieron más metástasis ganglionares en los tumores con mayor profundidad.
8. El mayor tiempo de sobrevida se dió en los pacientes con menor profundidad de invasión en milímetros de Breslow e igual sobrevida en los menores niveles de la clasificación de Clark.
9. La clasificación histológica que mejor predice el pronóstico de sobrevida en pacientes con Melanocarcinoma y la más práctica es la de Clark porque:

- a) La dermis no tiene el mismo espesor, ni igual cantidad de drenaje linfático o sanguíneo en las diferentes áreas anatómicas del organismo.
- b) Es más práctico reconocer los niveles de la dermis que medirlos.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda el uso de la clasificación de Clark, pues la dermis no tiene el mismo espesor ni igual cantidad de drenaje linfático o sanguíneo en las diferentes áreas anatómicas del organismo.
2. Para establecer una buena correlación clínicopatológica se recomienda establecer el volumen del tumor primario tomando como parámetros; su ex tensión en superficie en la dermis, grado de invasión en anchura y la profundidad del tumor.
3. Tomar en cuenta que con el método de Breslow en el corte tangencial de una lesión, resultará un -- marcado incremento artificial del tumor.
4. Efectuar controles histológicos de pacientes con melanoma lo más antes posible, para mejorar su tiempo de sobrevivencia especialmente en personas -- con lesiones de miembros inferiores.

RESUMEN

En la presente investigación que fué realizada en el Hospital General San Juan de Dios, de pacientes con diagnóstico de Melanocarcinoma durante el período del 1 de enero de 1975 hasta el año de 1984. Siendo un estudio retro-prospectivo recolectando 100 casos durante el período indicado.

Inicialmente se hace una exposición de los conceptos más actualizados de la literatura médica, posteriormente se entra de lleno a la parte central, del estudio comparativo y del valor pronóstico de la enfermedad o sea determinar la sobrevida alcanzada de cada paciente, así saber la Clasificación histológica más fidedigna para obtener un alto grado de seguridad en el diagnóstico ya que la distinción se hace fundamentalmente mediante la evaluación microscópica y a manera de comparación se describen tablas histopatológicas para tener un conocimiento más amplio del melanoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Clark, W. Classification and histogenetic concepts of the early stages of cutaneous malignant melanoma. **N Eng J Med** 1971 Feb 16; 280(2): 1078-1082
2. Chang, P. Metastatic melanoma of unknown primary. **Cancer** 1982 Mar 15; 49(6):1006-1108
3. Day, C. et al. Cutaneous malignant melanoma. - **Ca** 1982 Mar-Apr; 32(2):113-120
4. Daryl, L. The mystique of melanoma. **Lancet** - 1972 Sep 2; 1(5230):354
5. Hernández, E. Melanoma. **Clínica dermatológica**. San Salvador, UCA 1978. 608p. (pp.410-415)
6. Jack, C. All melanoma start sometime. **Postgrad Med** 1983 Jan; 73(1):56-65
7. Lever, W. Melanoma. **Histopathology**. 5a. ed.- Toronto, Lippincott, 1975. 793p. (pp. 673-675)
8. McGovern, V. Melanoma. **Ca** 1979 Jul-Aug; 29(4): 196-212

9. Mihm, J. Melanoma of the skin. **Cancer** 1978 - May; 91(6):121
10. Seigler, H. Melanoma. **JAMA** 1976 Oct 11; 236(8): 231-253
11. Shafir, R. et al. The malignant melanoma. **Cancer** 1982 Aug; 50(4):817-819

no Bo
Benquellas

Universidad de San Carlos de Guatemala
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

[Signature]
Dr. PÉDRO FREDERICO CASTRO M.
ASESOR.

Dr. Alvarado
MEMORANDO
COMUNICADO

SATISFECHO:

[Signature]
Dr. CARLOS ALVARADO DUMAS
REVISOR.

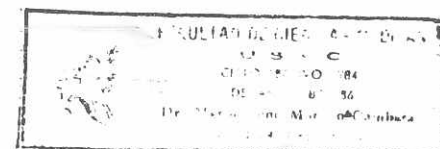
APROBADO:

[Signature]
DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

[Signature]
Dr. Mario René Moreno Cambará
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 2 de Noviembre de 1984



Los conceptos expresados en este trabajo son responsabilidad únicamente del Autor. (Reglamento de Tesis, Artículo 44).