

11209<sup>50</sup>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO  
" LA RAZA "

MELANOCARCINOMA

TESIS

Que para obtener el Título de  
CIRUJANO GENERAL

presenta el:

DR. RICARDO ERLING CHAMBI FARFAN

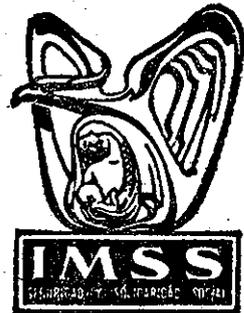
Director de la Tesis:  
DR. CESAR GUTIERREZ SAMPERIO

Vo Bo

México, D. F.



JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
G. M. La Raza



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AL DR. CESAR GUTIERREZ SAMPERIO  
CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO, MI  
ADMIRACION Y RESPETO.

A MIS PADRES POR QUE CON SU  
CARIÑO Y CONSEJOS PUEDO SEGUIR  
ADELANTE.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E

I.-	DEFINICION.....	1
II.-	GENERALIDADES.....	1
III.-	CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA.....	5
IV.-	NIVELES DE INVASION (CLARK).....	9
V.-	DIAGNOSTICO .....	12
VI.-	DISEMINACION .....	14
VII.-	TRATAMIENTO.....	15
VIII.-	PRESENTACION DE UN CASO.....	17
IX.-	BIBLIOGRAFIA.....	21

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MELANOCARCINOMA

### I.-DEFINICION

Melanoma es una lesión maligna originada en el melanoblasto de la piel o mucosas por lo que el término melanoma maligno representa una redundancia (1). Es la lesión maligna de las células que elaboran melanina (2).

Actualmente se acepta que el tumor proviene del ectodermo por lo que el nombre de melanocarcinoma es apropiado.

### II.-GENERALIDADES

Investigadores en varias partes del mundo han mostrado que la frecuencia del melanocarcinoma ha aumentado (4)(5).

Debido a que el melanocarcinoma cutáneo primario es la principal causa de muerte por enfermedades que se originan en la piel, cualquier médico, independientemente de su especialidad, debe estar capacitado para diagnosticarlo en fases tempranas.

El nevo pigmentado se encuentra entre las lesiones cutáneas más frecuentes del ser humano, a pesar de lo cual, el cáncer de células pigmentarias es poco común, constituye el 1% de los cánceres.

El melanocarcinoma es prácticamente incurable con quimioterapia, hasta el momento la esperanza de sobrevivida se basa en la extirpación quirúrgica en fases tempranas, antes de que la lesión invada profundamente, por lo tanto el problema médico radica en reconocer oportunamente el melanocarcinoma primario, diferenciarlo entre la gran cantidad de lesiones pigmentadas que se presentan en la piel y detectar aquellas lesiones pre cancerosas que se pueden transformar en melanocarcinoma(3).

Cerca de las dos terceras partes de las muertes causadas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MELANOCARCINOMA

### I.-DEFINICION

Melanoma es una lesión maligna originada en el melanoblasto de la piel o mucosas por lo que el término melanoma maligno representa una redundancia (1). Es la lesión maligna de las células que elaboran melanina (2).

Actualmente se acepta que el tumor proviene del ectodermo por lo que el nombre de melanocarcinoma es apropiado.

### II.-GENERALIDADES

Investigadores en varias partes del mundo han mostrado que la frecuencia del melanocarcinoma ha aumentado (4)(5).

Debido a que el melanocarcinoma cutáneo primario es la principal causa de muerte por enfermedades que se originan en la piel, cualquier médico, independientemente de su especialidad, debe estar capacitado para diagnosticarlo en fases tempranas.

El nevo pigmentado se encuentra entre las lesiones cutáneas más frecuentes del ser humano, a pesar de lo cual, el cáncer de células pigmentarias es poco común, constituye el 1% de los cánceres.

El melanocarcinoma es prácticamente incurable con quimioterapia, hasta el momento la esperanza de sobrevivida se basa en la extirpación quirúrgica en fases tempranas, antes de que la lesión invada profundamente, por lo tanto el problema médico radica en reconocer oportunamente el melanocarcinoma primario, diferenciarlo entre la gran cantidad de lesiones pigmentadas que se presentan en la piel y detectar aquellas lesiones pre cancerosas que se pueden transformar en melanocarcinoma(3).

Cerca de las dos terceras partes de las muertes causadas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

por cáncer en la piel son consecuencia del melanocarcinoma En Estados Unidos; en una población de 216 millones, aproximadamente 300,000 desarrollan cáncer en la piel y 9000 representan melanocarcinoma por año.

La mortalidad es aproximadamente de 3000 pacientes por año, se ha observado un aumento progresivo en la sobrevivencia a cinco años, probablemente por el tratamiento en fases tempranas.

Se considera que es relativamente fácil diagnosticar un melanoma cutáneo primario, incluso en sus etapas iniciales, por medio de la exploración física minuciosa.

Un estudio de más de 500 pacientes con melanoma primario ha demostrado que un melanoma primario cutáneo puede existir en forma "silenciosa" intraepidérmica y preinvasiva durante varios años (6). Estos melanomas malignos primarios silenciosos en etapas tempranas, se pueden reconocer por medio de algunos criterios simples. Las variaciones en el color, las irregularidades en la superficie y de los bordes, son característicos del melanocarcinoma cutáneo primario, de tal manera que cuando se presentan es indispensable hacer un examen histológico de las lesiones.

Los colores importantes como signos del melanoma maligno son varios tonos de rojo, blanco o azul, así como los que resultan de su combinación con negro o café. Incluso las lesiones pueden tener color uniforme, por ejemplo, negro, azulado o azul rojizo.

El examen de las lesiones con un lente de aumento y buena iluminación, es de gran utilidad para reconocer las características de los melanomas.



El melanocarcinoma tiene las características más imprevisibles que pueden observarse en oncología (Allen Spitz, 1953). Algunos son muy malignos y de pronóstico muy grave, mientras que otros con cuadro histológico similar evolucionan de manera relativamente benigna, en los ancianos los melanomas malignos generalmente tienen una evolución mas benigna(2). Lo que también se ha observado en lesiones que no crecieron durante muchos años, extirpados por motivos estéticos, llegandose al diagnóstico histológico de melanocarcinoma; en ocasiones existe gran discrepancia entre la evolución clínica y el cuadro histológico de éstos tumores.

El melanocarcinoma de la mucosa nasal, constituye el 0.5% a 1.7% de los melanocarcinomas de todo el cuerpo y forman el 9% de los de cabeza y cuello(15).

De los 5,050 tumores del tracto respiratorio superior informados por el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, 530 se localizaron en la cavidad nasal el mas frecuente fué el carcinoma de células escamosas de los cornetes medio e inferior y del séptum(16), el segundo lugar lo ocupa el adenocarcinoma que se origina en las glándulas de la membrana olfatoria y el tercer lugar lo ocupa el melanocarcinoma en la cavidad nasal. Una revisión de la literatura menciona solamente 117 casos de melanoma de la cavidad nasal.

El primer informe en la literatura médica fué de Lincoln en 1885, desde entonces se han reportado 19 casos en Estados Unidos, 25 casos en Gran Bretaña, 6 casos en Suiza, dos en Rusia y cuatro en Japón.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El melanocarcinoma parece incurable cuando se origina en la cavidad nasal y senos paranasales, pero puede lograrse una larga sobrevivencia con la vigilancia y tratamiento adecuados (15).

Varios investigadores han mencionado que el melanocarcinoma ocurre más frecuentemente en tronco en el sexo masculino y en extremidades inferiores en el sexo femenino (24).

### III.- CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA

De acuerdo a estudios realizados por Clark y colaboradores en Estados Unidos y por Mc Govern en Australia(10)(11) con base en aspectos clinicos,patológicos y el pronóstico,se han clasificado en:

- 1.-Léntigo maligno(pecas de Hutchison).
- 2.-Melanocarcinoma de diseminación superficial.
- 3.-Melanocarcinoma Nodular.
- 4.-Melanocarcinoma Lentiginoso.
- 5.-Melanocarcinoma en membranas mucosas.

Estudios posteriores agregan formas miscelaneas.

#### LENTIGO MALIGNO

Llamado también pecas de Hutchison.Es una lesión preinvasiva,con componente intradérmico adyacente.Ocurre especialmente en áreas expuestas a la luz solar y en personas seniles de raza blanca,son frecuentes en la cara.

Microscópicamente se caracteriza por una proliferación de melanocitos atípicos en la membrana basal.En el estudio histopatológico? encuentra retracción del citoplasma y pleomorfismo.

Un término mas descriptivo del léntigo maligno podría ser el de melanosis actínica.

La proliferación de melanocitos basales atípicos en la porción profunda puede simular invasión especialmente en un corte tangencial.Es aconsejable ser muy cauto en la evaluación de éstas lesiones,que al igual que la queratosis actínica se presta a confusión,el melanocarcinoma que se desarrolla sobre

la base de un léntigo maligno generalmente es de tipo fusocelular y tiene bajo grado de agresividad.

Otro tipo de melanocarcinoma que puede desarrollarse en la base de un léntigo maligno, es el llamado MELANOMA DESMOPLASICO de Conley y colaboradores (12), el que tiene una conducta mas agresiva, está asociado con un extenso grado de fibrosis y la célula tumoral tiene una configuración fusiforme, ésta combinación resulta en una apariencia que recuerda al fibroxantoma atípico (17). La distinción con éste puede ser extremadamente difícil y se hace con base en los bordes mal definidos, invasión profunda, pleomorfismo, vascularidad, inflamación y principalmente presencia de una lesión con características macroscópicas de léntigo maligno en la capa superficial de la epidermis.

El melanocarcinoma desmoplásico también se ha relacionado con otras lesiones pigmentadas.

#### **MELANOCARCINOMA DE EXTENSION SUPERFICIAL**

Es un melanocarcinoma con componente intradérmico adyacente, es la forma mas común de melanocarcinoma, también ha sido llamado melanosia pre-maligna o melanoma pagetoide y puede ocurrir en cualquier parte de la superficie del cuerpo.

Su apariencia es muy variable en matices de café, negro, azul, rosa y blanco.

La superficie se encuentra ligeramente elevada y los márgenes discretamente palpables. Las áreas blancas corresponden a zonas de regresión espontánea, las que están relacionadas a las medidas del tumor, pero no al nivel de invasión ni al pronóstico. Las áreas rosa y azul también corresponden a áreas de regresión

del tumor, asociadas con fibrosis y acumulación de macrófagos. Los límites de la lesión son irregulares y usualmente incluyen una indentación prominente. La invasión profunda generalmente se acompañan por la aparición de un nódulo elevado sobre la superficie; microscópicamente las áreas no invadidas se componen de melanocitos atípicos uniformes, con formación de nidos y apariencia pagetoide.

#### MELANOCARCINOMA NODULAR

Sin componente intradérmico adyacente. Puede presentarse como nódulo suave, cubierto por epidermis normal, como una placa azul oscuro o como pólipo, como una masa frecuentemente ulcerada que puede semejar un granuloma piógeno, tiene además un componente plano lateral difícil de apreciar clínicamente o con el microscopio. Su mortalidad es muy alta.

Afecta todas las superficies del cuerpo, usualmente es de corta duración y ocurre en un grupo de edad más joven que en las dos formas anteriores.

#### MELANOCARCINOMA LENTIGINOSO

Arrington (13) describió un cuarto tipo clínico patológico de melanocarcinoma, al que llamó melanocarcinoma lentiginoso. El tumor tiene un componente radical (intraepidérmico) que es similar en muchos aspectos al léntigo maligno.

En contraste con el léntigo maligno, los melanocitos intraepidérmicos tienden a ser bizarros, la epidermis afectada se encuentra hiperplásica más que atrófica, la dérmis papilar en esta región es ancha e inflamada. Tumores con estas características se ven en palmas, plantas, áreas subunguales, unión mucocutánea de cavidad oral, nasal y anal. Es el tipo más común en negros. Su comportamiento es agresivo.

#### MELANOCARCINOMA EN MEMBRANAS MUCOSAS

Es rara la localización del melanocarcinoma en mucosas, y se pueden presentar en mucosa nasal, senos paranasales y en cualquier parte a lo largo del tracto digestivo.

El melanocarcinoma en membranas mucosas puede ser de tipo de diseminación superficial o nodular (2).

Histológicamente los melanocarcinomas exhiben dos patrones o fases de crecimiento, que son: por diseminación lateral por la epidermis (fase de crecimiento horizontal) o crecimiento hacia la porción profunda, invasión dérmica (fase de crecimiento vertical).

El léntigo maligno y el de diseminación superficial exhiben un patrón bifásico de crecimiento lateral a la epidermis seguido por invasión dérmica.

El melanocarcinoma nodular se caracteriza por un patrón monofásico de crecimiento, en el cual la invasión profunda dérmica ocurre sin la fase de crecimiento horizontal.

Las células de la fase de crecimiento horizontal se llaman "células circundantes" aquellas de la fase vertical se llaman "células nodulares" (2).

El melanocarcinoma de diseminación superficial así como el nodular puede encontrarse en cualquier parte sobre piel o mucosas (2).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### IV.- NIVELES DE INVASION - CLASIFICACION DE CLARK

El índice de sobrevida de los melanomas malignos está en relación con el grado de invasión del tumor.

Se ha utilizado satisfactoriamente la clasificación de Clark según el siguiente esquema.

Nivel 1.- Atipia melanocítica intradérmica, nivel reconocido para fines de investigación. Actualmente se considera que los pacientes con éste tipo de cambios no padece de melanocarcinoma.

Nivel 2.- El tumor ha invadido una parte de la capa papilar.

Nivel 3.- El tumor ha expandido hacia toda la capa papilar pero no ha invadido la capa reticular de la dérmis.

Nivel 4.- El tumor há penetrado en la capa reticular de la dérmis.

Nivel 5.- El tumor há invadido el tejido graso subcutáneo.

Existe una relación directa entre el nivel de invasión y la incidencia de metástasis a nódulos linfáticos y por lo tanto con el pronóstico.

Se considera que el 32% de pacientes con nivel III de invasión presentan metástasis, 67% con nivel IV, 76% con nivel V. A los pacientes con niveles I-II no se le realizó disección de ganglios, pero ninguno de ellos tuvieron evidencia de metástasis.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la serie de Wanebo y colaboradores (18) la sobrevivida a cinco años después de la cirugía fué de 100% en pacientes con invasión II, 88% en aquellos con invasión III, 66% en aquellos con invasión IV y 15% los de invasión V.

El sistema de microestadio o niveles de invasión hace la distinción de los melanocarcinomas de riesgo bajo, intermedio y elevado, dependiendo de la profundidad, si es menos de 0.76mm la sobrevivida a cinco años es de 98%, entre 0.76mm y 1.5mm es de 70-80% y mas de 1.5mm la sobrevivida es de 44%-63%.

En una serie de Balch, la presentación a tres años de metástasis regionales es pacientes inicialmente tratados con excisión local amplia fué: cero % para lesiones de menos de 0.76mm de invasión profunda, 25% para las lesiones entre 0.76mm-1.5mm, 51% para las lesiones entre 1.5mm-3.99mm y 62% para las lesiones de más de 4 mm de invasión (19).

El melanocarcinoma es una lesión muy rara en el niño, ya que sólo representa el 0.6% entre todos los melanocarcinomas.

De 50% a 70% de melanomas malignos se originan en nevos pigmentarios, generalmente durante el cuarto decenio de la vida (9).

En 1971 sólo pudieron encontrar 73 casos de melanocarcinoma capaces de metastatizar en el niño, Lerman y Murray añadieron cinco nuevos casos no descritos.

El melanoma maligno congénito puede presentarse como resultado del paso transplacentario de las células tumorales de la madre o bien por una transformación maligna en el interior de un nevus pigmentario gigante del feto, que a diferencia de los otros nevus pigmentados ya está presente al nacer (9).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El melanoma no congénito pero que se presenta antes de la pubertad tiene grandes probabilidades de originarse en un nevus de unión o en el componente dérmico de un nevo compuesto. La probabilidad de que se originen a partir de nevus funcionales en las plantas de los pies, palmas de las manos, genitales, mucosa anorectal o lechos ungueales en extremidades inferiores es tan grande que los nevus pigmentados en éstas regiones deben ser resecaados.

Un nevus funcional en trance de malignizarse puede revelar ciertas modificaciones secuenciales durante un período de observación de 3 a 4 meses, puede obscurecerse, extenderse horizontalmente, de un modo gradual, presentar cierta aspereza y escamosidad, seguido de un crecimiento vertical y entonces hacerse prominente de superficie lisa. La inflamación de la piel circundante también puede observarse cuando ocurre la transformación maligna.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## V.- DIAGNOSTICO

El diagnóstico del melanocarcinoma depende en última instancia de el examen histopatológico del tejido extirpado.

El diagnóstico clínico de tumores melánicos no siempre es fácil (7). En el caso de una lesión pigmentada varios diagnósticos son posibles y el riesgo de error es siempre tan alto como un tumor no pigmentado.

Cuando el médico explora un paciente con numerosas lesiones pigmentadas, debe ser capaz de reconocer las características que sugieran la presencia de un melanoma maligno primario con el fin de ser biopsiadas o ser extirpadas.

Los indicios más importantes para la detección de un melanoma primario son zonas de coloración gris azulado, rojo azulado, negro azulado y gris blanquecino, sin embargo algunas lesiones pigmentadas de la piel cabelluda y de las plantas de los pies no presentan cambios de coloración por lo que deben ser extirpados por la probabilidad de malignización.

Es importante inspeccionar las siguientes zonas:

- 1.-Zonas donde el melanoma es de mal pronóstico y donde se presentan muy poco:genitales,periné,zona perineal y membrana mucosa.
- 2.-Zona de traumatismo repetido,que se localizan en cualquier sitio del organismo incluyendo la piel cabelluda.
- 3.-Zonas donde los tumores se originan con frecuencia,como la porción superior de la espalda y la porción inferior de las piernas en la mujer.

Indicaciones para la extirpación o biopsia diagnóstica de las lesiones pigmentadas (8):

- 1.-Antecedentes:cambio de tamaño o coloración,sangrado.



prurito o dolor. Lesiones pigmentadas elevadas congénitas.

2.-Características de la lesión: cambio de coloración a gris o azul uniforme, blanco, rojo, mezclas con café o negro.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**VI.- DISEMINACION**

El melanocarcinoma ha sido llamado la muerte negra, debido a la velocidad para producir metástasis, a su crecimiento rápido o invasión a prácticamente cualquier órgano.

Se disemina por los linfáticos a los ganglios regionales así como también por vía sanguínea, por lo que el hígado, pulmones y cerebro están comunmente afectados.

Por autopsia se encuentran metástasis en corazón en la mitad de los pacientes. Ocasionalmente ocurren metástasis osteolíticas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VII.- TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es una excisión amplia de la lesión primaria. Un margen de 2 a 3 cm puede ser suficiente, aunque algunos cirujanos han recomendado un margen mínimo de 5 cm, si es técnicamente posible.

Balch y colaboradores (20) recomiendan un margen de 2 cm para melanomas superficiales (menos de 0.76mm de profundidad) y un margen de 3 a 5 cm en lesiones más profundas.

La extirpación de tejido hasta la fascia profunda tiende a abandonarse en los últimos años. Algunos autores han notado un aumento en la incidencia de metástasis regionales cuando se extirpa la fascia.

Si están afectados los ganglios regionales deberá realizarse una disección radical. Si se confirma la metástasis a ganglios linfáticos el pronóstico es pobre.

En una serie realizada por Brother en 46 pacientes, se realizó disección de nódulos linfáticos inguinales, sólo cinco estaban vivos y asintomáticos a los cinco años.

En el caso poco común de un melanoma próximo a un grupo de ganglios linfáticos, se debe realizar extirpación del tumor con linfadenectomía.

El realizar disección de ganglios rutinariamente está aún en discusión, ya que no se ha probado aún la utilidad de la remoción profiláctica de ganglios linfáticos, aunque Mc Neer (21) encontró en su estudio, focos microscópicos de melanocarcinoma en 23% de ganglios linfáticos extirpados.

Una alternativa a la cirugía para léntigo maligno está representada por la terapia con radiaciones, Doncuart y colaboradores en 1980 reportaron buenos resultados con ésta técnica (22).

Mayron y colaboradores reportaron en 1981 un estudio en 100 pacientes con melanocarcinoma nivel III de Clark y mas de 1mm de profundidad, a quienes trataron con factor de transferencia para reducir la recurrencia informan buenos resultados en el 90% y con 89% de sobrevida a cinco años, en comparación con otro grupo tratado sólomente con cirugía en el que no hubo recurrencia en el 63% y con 98% de sobrevida a cinco años (23).

A pesar de los diferentes enfoques terapéuticos, el melanocarcinoma es aún un enigma.

La presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales implica la posibilidad de metástasis distantes en el 50 a 85% de los casos.

Los enfermos con melanocarcinoma y ganglios linfáticos regionales histológicamente negativos tienen posibilidades de desarrollar metástasis distantes en el 15 al 20% de los casos.

Si asumimos que la diseminación sistémica ocurre al inicio de la evolución de la enfermedad, el control de las micrometástasis ocultas debe ser parte integral del tratamiento del cáncer.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 74 años de edad, originario de Guanajuato que ingresa al hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, debido a sangrado de tubo digestivo alto.

Hace 50 años presentó herida por proyectil arma de fuego en región inguinal izquierda la cual fué intervenida quirúrgicamente sin complicaciones posteriores.

Su historia clínica reveló también ingestión de medicamentos antirreumáticos y salicilatos en forma irregular como tratamiento para una artropatía degenerativa que padecía desde hacía diez años.

Se encontraba bien hasta hace un año, cuando presentó hematemesis y melena siendo internado en hospital en Veracruz y manejado con lavados gástricos, soluciones y antiácidos, posteriormente es dado de alta en buenas condiciones.

Quince días antes de su ingreso al hospital, presenta otro episodio de hematemesis y melena además de datos de choque hipovolémico siendo manejado con lavados gástricos de agua helada, cimetidina y metoclopramida.

Aunque el paciente se refería asintomático antes del episodio, un interrogatorio mas cuidadoso reveló pérdida de peso en forma moderada (no cuantificado) en el transcurso de los últimos seis meses. Su apetito era bueno.

Al examen físico el paciente mostró aparente buen estado general. Temperatura: 37°C, pulso: 72 por minuto, TA: 150/80. Adenopatía en hueso supraclavicular izquierdo de 2 cm de diámetro duro fijo, nodular no doloroso.

Los pulmones aparecían claros. El corazón era normal.

Abdomen ligeramente redondeado sin evidencia de hígado palpable, ligeramente sensible a la presión. El bazo no fué percibido. Sin red venosa colateral.

Genitales masculino eran normales.

El exámen rectal mostró pequeñas hemorroides externas con trombos pequeños en el sector de las siete. Al tacto rectal se apreció prostata aumentada de tamaño (grado III), consistencia dura sugestiva de neoplasia maligna.

Las extremidades eran normales. No se localizaron lesiones dérmicas.

La exploración neurológica resultó negativa.

La muestra de sangre reportó: hemoglobina 10.3, hematocrito: 31  
Conteo leucocitario: 10,400; tiempo de protrombina: 13.7 seg, 74%.  
Tiempo parcial de tromboplastina 32 segundos.

Urea: 31 mg/dl, creatinina: 0.7 mg/dl, glucosa: 88 mg/dl.

Proteínas totales: 7.3 gr/dl, Albúmina: 3.5 grs/dl, Globulina: 3.8 gr/dl.

Bilirrubinas indirecta: 1.1 mg/dl, directa: 0.8 mg/dl.

Fosfatasa ácida: 0.3 unidades.

Fosfatasa Alcalina : 8.9 unidades.

CO<sub>2</sub> total: 20.4, Cloro: 101 mEq/l, Potasio: 4.7 mEq/l, Sodio: 133 mEq/l

Examen General de orina : D: 1.022, Ph: 5, Proteínas: 0.2 , hemoglobina: cuatro cruces, leucocitos: 1-3 por campo.

Las radiografías de tórax mostraron campos pulmonares, corazón mediastino y espacios pleurales que parecían normales.

Radiografía simple de abdomen parecía normal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Una serie esófagogastroduodenal mostró dos pólipos en la segunda y tercera porción de duodeno.

Gamagrama hepato esplénico mostró ambas glándulas en situación habitual, hígado de tamaño dentro de límites normales, escasa captación del radiocoloide, bazo aumentado de tamaño, hipercaptante. Se aprecia captación de médula ósea y pulmón.

La esofagogastroduodenoscopia no localizó el punto de sangrado confirmando la presencia de pólipos duodenales.

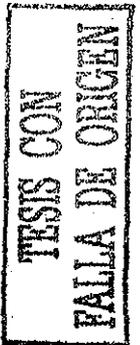
Endoscopia rectal mostró mucosa rectal hasta 15 cm de características normales. En la parte inferior del recto sobre su cara anterior, se observó pequeña neoplasia polipodea dura de aproximadamente 5 cm, la cual se extrajo y envió a estudio histopatológico reportando mucosa colónica inflamada.

El paciente no autorizó se le realice biopsia de próstata.

El resultado de la biopsia de ganglio supraclavicular y axilar izquierdos reportaron MELANOCARCINOMA METASTASICO.

El paciente fué dado de alta por no permitir se le realice otros estudios para localizar tumor primario así como no poder ofrecerle mejoría.

Este caso ejemplifica lo que frecuentemente ocurre con el melanocarcinoma, es decir que su crecimiento es insidioso, oculto, sin sintomatología aparente y que frecuentemente el material enviado a estudio histopatológico es de metástasis como en éste caso. El tumor primario es pequeño, no detectable, incluso con los adelantos técnicos con los que se cuenta en la actualidad. A veces es una recurrencia esponta-



ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA

nea de una lesión previamente extirpada; otras veces la primera manifestación puede ser una obstrucción intestinal causado por metástasis a intestino.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

- 1.-Schwartz L.H., Tratado de Cirugía General Quinta edición  
Saunders Company, pag 746, 1979.
- 2.-Robbins S.L., Cotran R.S., Pathology Basis of Disease,  
Second Edition, Saunders Company, pag 1438-1439, 1979.
- 3.-Anaise D., Steinitz R. and Hur, N.B. Solar Radiation:  
A possible aetiological factor in malignant melanoma in  
Israel. Cancer 1978, 42:299-304.
- 4.-Houghton P., Master E.W. and Viola M.V., Increased incidence  
of malignant melanoma after peaks of sunspot activity.  
Lancet 1978, 1:759.
- 5.-Magazine K.: Incidence of malignant melanoma of skin in  
Norway 1955-1970, Cancer 1973, 32:1275-1286.
- 6.-Mihm M.C. y col: The Clinical Diagnosis, classification  
and histogenetic concepts of the early stages of cutaneous  
malignant melanomas. N. Engl. J. Med 1971, 284:1078.
- 7.-Rouge F., Anbert C.: A new approach to the differential  
diagnosis of human malignant melanoma, Cancer 1979, 44:  
199-209.
- 8.-Fitzpatrick T., Sober A., Mihm M.; Malignant melanoma of the  
skin. Harrison's Principles Internal Medicine, 1980 pag.  
1654-1656. Ninth Edition, Mc Graw Hill Book Company.
- 9.-Suton W.W., Vret J.J., Fernbach D.J. Oncología Pediátrica  
1977, Editorial Labor S.A. Barcelona. Pag 78-84.



- 10.- Clark W.H., From L., Bernardino E.A., Mihm M.C.: The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanoma of the skin. Cancer Res. 1969, 29:705-726.
- 11.- Mc Govern V.J.: The classification of melanoma and its relationship with prognosis. Pathology 1970, 2:85-98.
- 12.- Conley J., Lates R. Desmoplastic malignant melanoma (a rare variant of spindle cell melanoma) Cancer, 1971, 28: 914-936.
- 13.- Arrington J.H. III, Read R.J., Ichinose H., Plantar lentiginous melanoma a distinctive variant of human cutaneous malignant melanoma, Am. J. Surg. Pathol. 1977, 1:131-143.
- 14.- Krupp Marcus, Chaton J. Current Diagnosis and Treatment 1982 pag: 72-73. Lange Medical Publications
- 15.- Reddy C.R.R. Fams D.S., Primary malignant melanoma of the hard palate oral, Surg 1976, 134:937-939.
- 16.- Freeman M.M., Santo L.W.: Malignant melanoma of the upper respiratory tract. Cancer 1968, 24:217-225.
- 17.- Ackerman's Surgical Pathology Sixth Edition. 1981, volume I pag 118-131. Mosby Company.
- 18.- Breslow A. : Tumor Thickness levels of invasion and node dissection in stage I cutaneous melanoma. Ann. Surg. 1975, 182:575.
- 19.- Balch C.M., Murad T.N. Soon S.J.: A multifactorial analysis of melanoma: Prognostic histopathological features comparing Clark and Breslow staging methods. Ann Surg. 1978, 188:732-742



- 20.-Balch C.N. Murad T.M., Soong S.J.: Tumor thickness as a guide to surgical management of clinical stage II melanoma patients. Cancer 1979, 43:883-888.
- 21.-Mc Neer G.: Malignant melanoma. Surg Gynecol Obstet, 1965, 120:343-344.
- 22.-Dancuart F., Harwood A.R., Fitzpatrick P.J.: The radiotherapy of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma of head and neck. Cancer 1980, 45:2279-2283.
- 23.-Blume M.R., Rosenbaum E.H., Cohen R.J.: Adjuvant immunotherapy of high risk stage I melanoma with transfer factor. Cancer 1981, 47:882-888.
- 24.-Teppo L., Pakkanen M. and Hakulinen T.: Sunlight is a risk factor of malignant melanoma of skin. Cancer 1978, 41:2018-2027.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN