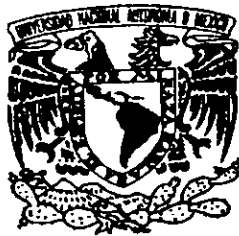


11201



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL "Dr. Darío Fernández Fierro"  
ISSSTE.

19  
29

FRECUENCIA DE LESIONES MELANOCITICAS DE LA  
PIEL. Análisis del material de Patología Quirúrgica del  
Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro".

**TESIS DE POSTGRADO**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA**  
PRESENTA :  
**DR. MARIO OCTAVIO MORALES SUAREZ**

MEXICO, D.F.

1998

27932

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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).

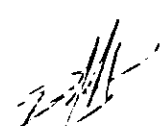
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO". ISSSTE.  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FRECUENCIA DE LESIONES MELANOCITICAS DE LA PIEL. Análisis  
del material de Patología Quirúrgica del Hospital General "Dr. Darío  
Fernández Fierro".



DR. MANUEL ECHEVERRIA ARELLANO  
JEFE DE LA UNIDAD DE PATOLOGIA



DR. MANUEL ECHEVERRIA ARELLANO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION



DRA. NURIA GISPERT CRUELLS  
ASESOR



DR. MARIO OCTAVIO MORALES SUAREZ.



Vo. Bó.  
JEFATURA DE ENSEÑANZA

FRECUENCIA DE LESIONES MELANOCITICAS DE LA PIEL. Análisis  
del material de Patología Quirúrgica del Hospital General "Dr. Darío  
Fernández Fierro".

ESTA TESIS QUEDO REGISTRADA EN LA DIRECCION DE  
ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO" CON LA CLAVE 06/98

A mi amada esposa Cinthya, con todo mi amor, admiración y respeto. Gracias por ayudarme y enseñarme a crecer. Gracias por tu fe, entrega y apoyo en todos y cada uno de los momentos más difíciles; gracias porque con tu fortaleza y amor me has ayudado a levantarme nuevamente.

Con todo mi amor a mis hijas benditas Mariana y Daniela, mis dos bellas fuentes de inspiración.

A Margarita Cortés, Elena Sevilla y Ma. De la Luz Cortés, con un eterno agradecimiento por sus sabios y valiosos consejos.

Al Dr. Manuel Echeverría, hombre de noble corazón, valiosos principios y gran sabiduría. Gracias por tenderme la mano y darme la oportunidad de recobrar la vida que creía perdida. Mi eterno agradecimiento por ayudarme a recobrar la fe.

A las Dras. Nuria Gispert y Elena García. Gracias por el noble apoyo y ayuda tan valiosos y desinteresados de ustedes recibido.

A los Dres. Jorge del Villar, Eduardo Guzmán y Hugo Martínez; como un homenaje a la amistad y espíritu fraternal. Gracias.

## INDICE

RESUMEN .....	2
SUMMARY .....	2
INTRODUCCION.....	3
OBJETIVOS.....	5
JUSTIFICACION.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSION. ....	10
CONCLUSIONES.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	13

## RESUMEN

Se presenta un reporte del análisis de casos retrospectivo del material de patología quirúrgica del Hospital General "Darío Fernández Fierro" en el periodo comprendido de enero de 1992 a diciembre de 1997 en el cual se estudiaron las lesiones pigmentadas de la piel de origen melanocítico; se observó predominio en el sexo femenino, principalmente en adultos jóvenes de las 4ª y 5ª décadas de la vida; los sitios más frecuentes de afección fueron la cara y extremidades; predominaron más las lesiones benignas sobre las malignas, siendo el nevo intradérmico el tipo de lesión más frecuentemente diagnosticado.

## SUMMARY

The analysis report of the retrospective study of pigmented melanocytic lesions from the surgical pathology material is showed; this study was performed between January-1992 to december'1997. We found predominance most important in female sex than male sex, the principal age was between 4th and 5th decades; the affection site most frequent was face and lower and upper extremities; the benign lesions predominated over the malignant lesions; the intradermic nevus was the principal diagnostic performed in this study.

## INTRODUCCION

La melanina es un pigmento que sirve para mimetizar y proteger a algunos animales de sus depredadores. pero en el hombre su función principal es la de proteger las capas más profundas de la piel y la dermis subyacente, del efecto nocivo del exceso de rayos violeta al dispersarlos. La melanina es producida en células derivadas de las crestas neurales en el embrión y que emigran en forma de melanoblastos a la unión dermoepidérmica, para posteriormente establecerse en la capa basal de la epidermis diferenciándose en melanocitos, las segundas células más abundantes de la piel después de los queratinocitos.

Por causas aún no bien establecidas, los melanocitos tienden a agruparse y formar pequeños sitios puntiformes denominados "lunares" que en el promedio de la población se presentan en número de 15 a 20, distribuidos irregularmente en la piel; sin embargo, cuando alguna de éstas "agrupaciones" de melanocitos prolifera, es entonces cuando se considera existe una lesión de naturaleza tumoral y debe ser definida en su comportamiento biológico en benigna o maligna, ya que de ello depende el pronóstico de vida (1, 2, 9).

Denominamos nevo pigmentado o melanocítico al tumor originado por la proliferación benigna de células derivadas de los melanocitos, mientras que la proliferación maligna se denominará melanoma (1, 3, 10). Existe una acepción amplia del término nevo, el cual se refiere a malformaciones caracterizadas por exceso de tejido maduro, normalmente presente en la piel (hamartomas cutáneos), entre los que tenemos a los nevos epidérmicos



y a los nevos sebáceos, los cuales no son motivo de la presente investigación limitándonos exclusivamente a los tumores de origen melanocítico.

Los nevos se clasifican en: Nevo de la unión, compuesto e intradérmico dependiendo de su tiempo de evolución y localización, las variantes son: De células redondas, en halo, de Spitz, de células fusiformes pigmentadas, congénitos y displásicos. Los melanomas se clasifican actualmente en: melanoma in situ, léntigo maligno, nodular, acral lentiginoso, desmoplásico, de diseminación superficial, y melanomas mucosos (3, 6). La importancia de clasificar éstas lesiones no es simplemente por etiquetar un tipo histológico, sino aportar información del comportamiento biológico al profesional clínico ya que por ejemplo el nevo es una lesión de comportamiento benigno, pero al etiquetarlo como displásico, establecemos la posibilidad de malignización (4, 5, 6), y de la misma manera, al establecer el diagnóstico de melanoma maligno in situ mostramos un mejor pronóstico que cuando se tiene un melanoma maligno acral lentiginoso (5, 6, 7, 8, 10).

Para el caso de los melanomas malignos, el pronóstico se considera que tiene un periodo de sobrevida promedio a 5 años del 60%, sin embargo depende de los siguientes factores: Estadio del tumor, nivel de invasión a la piel, tipo de lesión, sexo, edad, localización anatómica, tamaño del tumor, tipo clinicopatológico, grado de pigmentación, datos citológicos, ulceración de la lesión, infiltrado inflamatorio, recurrencia, actividad proliferativa celular, presencia de nevo preexistente(6, 8, 9, 10).

## **OBJETIVOS.**

- Describir el perfil epidemiológico de las lesiones melanocíticas de la piel en una muestra de la población derechohabiente del ISSSTE en el Distrito Federal.
- Conocer los diferentes tipos de lesiones melanocíticas de la piel, su distribución topográfica y por edad y sexo.
- Evaluar el comportamiento de las lesiones melanocíticas de la piel en el periodo de los años 1992-1997.

## **JUSTIFICACION.**

Mucho se habla de la paulatina destrucción de la capa de ozono al igual que del efecto dañino consecuente por el paso de rayos ultravioleta tipo B y C en la salud del individuo, si embargo son pocos los estudios que demuestran fehacientemente éste efecto. La piel es una de las barreras de la primera línea de defensa del cuerpo y considerando que los melanocitos por su naturaleza y su capacidad de proliferación y respuesta a la agresión solar son uno de los principales medios de protección de la piel, creemos importante valorar el comportamiento epidemiológico de las lesiones pigmentadas de la piel, específicamente de las melanocíticas en los últimos años, ya que esto podría ser considerado como un parámetro indirecto de las repercusiones ambientales en el ser humano y motivar estudios más amplios a fin de poder implementar medidas intervencionistas tendientes al fomento para la salud y la protección específica.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Es un estudio observacional, reporte de casos cuya temporalidad es retrospectiva de efecto a la causa y retrolectiva.

Se estudió el material de 19,036 casos - reportes quirúrgicos de la Unidad de Patología en el periodo comprendido de enero de 1992 a diciembre de 1997, se seleccionaron aquellos con diagnóstico(s) anatomopatológico(s) de lesión(es) melanocíticas de la piel y se clasificaron dichas lesiones.

De los reportes se obtuvo la siguiente información: Nombre, edad, sexo, diagnóstico clínico, descripción macroscópica del tejido, y diagnóstico anatomopatológico de lesión melanocítica en piel. Se excluyeron los reportes en los que el diagnóstico histopatológico de lesión melanocítica de la piel fue descriptivo sin haber llegado a diagnóstico definitivo y/o de certeza.

## RESULTADOS.

De 19,036 casos - reportes quirúrgicos realizados en el periodo comprendido del 1º de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1997 se encontraron 216 (100%) casos de lesiones pigmentadas de origen melanocítico lo cual corresponde al 1.13 % del material quirúrgico en dicho periodo; se encontraron 35 casos (16.20%) en 1992, 23 (10.65%) en 1993, 45 (20.83%) en 1994, 24 (11.11%) en 1995, 38 (17.59%) en 1996 y 51 (23.61%) en 1997.

Debido a las cualidades morfológicas de éste tipo de lesiones, no se requirieron técnicas y/o tinciones especiales, realizándose el diagnóstico anatomopatológico mediante microscopía óptica en cortes de tejido secuenciales, los cuales fueron teñidos con la técnica hematoxilina – eosina.

Independientemente del diagnóstico anatomopatológico y de la naturaleza biológica de las lesiones melanocíticas, se observó en éste estudio, predominio significativo en el sexo femenino con 169 reportes (78.2%) de los 216 casos; 47 (21.8%) correspondieron al sexo masculino. De la misma manera, el predominio por grupos de edad correspondió al de la 4ª década de la vida con 51 casos correspondiendo al 23.6%, con una media de edad de 47 años y una mediana de 41.5 (Tabla 1). De lo anterior se desprende que tanto hombres como mujeres en la 4ª década de la vida presentaron más éste tipo de lesiones (Tabla 2).

En la tabla 3 se muestran los diagnósticos clínicos con los cuales se

enviaron los especímenes en los casos de lesión pigmentada melanocítica, así como las frecuencias con que éstos se establecieron, y en la tabla 4 se presentan los diagnósticos anatomopatológicos que se reportaron, así como las frecuencias de éstos. El diagnóstico clínico de envío más usado fue simplemente de nevo (25.9%), en segundo lugar el de nevo intradérmico (22.2%); el diagnóstico anatomopatológico que se evidenció con mayor frecuencia fue de nevo intradérmico (69.9%), seguido por el de nevo de unión (7.9%). En un 0.5% de los casos no se llegó a un diagnóstico de certeza, y en sólo un caso (0.5%) el diagnóstico fue evaluado incorrectamente.

El sitio de lesión más frecuentemente observado fue la cara (23.15%), seguido de miembros inferiores (10.19%), sin embargo en el 52.78% de los casos no se especificó sitio de toma de la biopsia (Tabla 5). En el 42.1% de los casos fueron reportados negativos los bordes quirúrgicos, en el 4.2% se reportó la presencia de tumor en los márgenes quirúrgicos; el 53.7% de los casos reportados no presentaron la especificación del estado de los bordes (Tabla 6). El tamaño de las lesiones osciló entre 0.1 cm y 4 cm de eje mayor, la mayor incidencia se presentó entre 1 y 1.9 cm (20.8%), seguido por aquellos cuyo tamaño osciló entre 0.1 y 0.9 cm, sin embargo en el 64.8% de los casos el tamaño de la lesión no se especificó (Tabla 7).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## DISCUSION.

Con base en los resultados obtenidos en el presente trabajo, observamos que las lesiones melanocíticas son más frecuentes en el sexo femenino, predominantemente en adultos jóvenes, lo cual corresponde con datos reportados en la literatura médica (11, 12, 13); el nevo intradérmico es la lesión más frecuente en presentación y de localización predominantemente en la cara seguido por las extremidades inferiores y por las superiores, contrastando éste último dato con los hallazgos de otras series en la literatura, las cuales establecen que después de la cara, el cuello y el tronco son los sitios en mayor frecuencia (11, 12, 13), sin embargo es posible que nuestros datos no sean lo suficientemente representativos en virtud de que en el 52.78% de los reportes no se especificó el sitio de toma de la muestra, lo que constituye una limitante para la interpretación de los valores obtenidos.

En nuestra serie encontramos 17 reportes de melanoma maligno en los 216 casos de lesiones melanocíticas estudiados, de los 19,036 estudios realizados, 13 (6.01%) corresponden al sexo femenino y 4 (1.85%) al masculino lo que contrasta con la literatura médica mundial en la cual se estima que la frecuencia es igual en ambos sexos (11, 12, 13).

Las lesiones melanocíticas, sean de comportamiento biológico benigno o maligno, si no son erradicadas completamente, tienden a retornar, por lo que el énfasis en el estado de los bordes, márgenes y lecho quirúrgicos es de capital importancia para evaluar el comportamiento posterior a la cirugía (11, 12, 13); en éste estudio se reportaron 116 casos (53.7%) sin

especificarse el estado de los bordes, por lo que clínicamente resultaría difícil establecer el pronóstico de las lesiones erradicadas.

Desde el punto de vista macroscópico, el diagnóstico de trabajo clínico en éste estudio fue con mayor frecuencia el de nevo, sin aportar mayor información, en segundo lugar fue de nevo intradérmico, sin embargo en 14 casos (6.48%), la solicitud de estudio fue enviada sin aportar datos, lo que dificulta importantemente la labor de diagnóstico, pese al bajo grado de dificultad que ofrecen éste tipo de lesiones para su estudio microscópico. Cotejando con la literatura al respecto se encontró que el diagnóstico diferencial macroscópico de las lesiones benignas melanocíticas es con el melanoma, la queratosis seborreica y la incontinencia pigmentii, mientras que el melanoma establece su diagnóstico diferencial con el nevo displásico, la enfermedad de Paget, de Bowen, y el léntigo maligno (13).



## CONCLUSIONES

Es necesario un profundo conocimiento del aspecto y evolución natural de los nevos, ya que aunque son comunes, su gran variedad clínica e histológica originan posibilidad de desorientar al clínico en su diagnóstico con otras entidades dermatológicas. Lo anterior es importante, ya que además, se ha descrito en la literatura que son factores de progresión tumoral.

Los nevos melanocíticos son lesiones benignas que no requieren tratamiento especial, y regularmente son tratados con fines estéticos, por lo que es importante siempre contar con un reporte anatomopatológico que especifique el estado de los bordes quirúrgicos. El nevo displásico por su naturaleza biológica, es considerado como una lesión premaligna, por lo que al aportarse datos clínicos de localización, tamaño y características macroscópicas en el paciente, se facilita el poder emitir un diagnóstico más confiable. Las consideraciones anteriores revisten la misma importancia para el caso de los melanomas malignos, donde además el médico tratante siempre deberá solicitar le sea especificado el nivel de invasión por razones de historia natural.

En la población estudiada, se corroboraron los hallazgos epidemiológicos establecidos en otras series, sin embargo el presente trabajo aporta la analogía entre las diversas variables propuestas, así como la necesidad de realizar nuevos estudios de correlación a fin de establecer normas y criterios en la solicitud de estudio anatomopatológico, como en el reporte de éste.

**BIBLIOGRAFIA.**

- (1) Beacham-BE. Common skin tumors in the elderly. *Am-Fam-Physician*. 1992 Jul; 46(1): 163-8.
- (2) Barnhill-RL. Pathology and prognostic factors. *Curr-Opin-Oncol*. 1993 Mar; 5(2): 364-76.
- (3) Porras-BH; Cockerell-CJ. Cutaneous malignant melanoma: classification and clinical diagnosis. *Semin-Cutan-Med-Surg*. 1997 Jun; 16(2): 88-96.
- (4) Piepkorn-MW. A perspective on the dysplastic nevus controversy. *Pathology-Phila*. 1994; 2(2): 259-79.
- (5) Sober-AJ; Burstein-JM. Precursors to skin cancer. *Cancer*. 1995 Jan 15; 75(2 Suppl): 645-50.
- (6) Geisse-JK. Biopsy techniques for pigmented lesions of the skin. *Pathology-Phila*. 1994; 2(2): 181-93.
- (7) Gordon-ML; Hecker-MS. Care of the skin at midlife: diagnosis of pigmented lesions. *Geriatrics*. 1997 Aug; 52(8): 56-8, 67-9.
- (8) Brown-M . Staging and prognosis of melanoma. *Semin-Cutan-Med-Surg*. 1997 Jun; 16(2): 113-21.
- (9) Berardesca-E; Maibach-H. Racial differences in skin pathophysiology. *J-Am-Acad-Dermatol*. 1996 Apr; 34(4): 667-72.

- (10) Sober-AJ. Diagnosis and management of early melanoma: a consensus view. *Semin-Surg-Oncol.* 1993 May-Jun; 9(3): 194-7.
- (11) Rosai-J.: *Ackerman's Surgical Pathology.* 8<sup>a</sup>. Ed, Mosby New York 1995: 2257-2259.
- (12) Cotran-RS, Kumar-V, Robbins-S; *Patología estructural y funcional.* 5<sup>a</sup>. ed, Ed. Interamericana, México D.F., 1995: 1293-1298.
- (13) Lever-W; *Histopatología de la piel.* 1<sup>a</sup>. ed., Ed. Intermédica, México D.F., 1991: 707-750.

# EDAD (TABLA 1).

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 9	08	03.7%
10 - 19	18	08.3%
20 - 29	22	10.2%
30 - 39	51	23.6%
40 - 49	40	18.5%
50 - 59	25	11.6%
60 - 69	13	06.0%
70 - 79	7	03.2%
80 - 89	6	02.8%
SIN ESPECIFICAR	26	12.0%
TOTAL	216	100%

# EDAD Y SEXO (TABLA 2).

EDAD	MASCULINO	FEMENINO
0 - 9	2	6
10 - 19	6	12
20 - 29	5	17
30 - 39	12	39
40 - 49	8	32
50 - 59	3	22
60 - 69	2	11
70 - 79	1	6
80 - 89	1	5
SIN ESPECIFICAR	7	19
TOTAL	47	169

# DIAGNOSTICO CLÍNICO (TABLA 3).

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANGIOQUERATOMA	1	0,46%
CARCINOMA	1	0,46%
CINOSIS VERRUGOSO	1	0,46%
FIBROMA	4	1,86%
HEMANGIOMA	3	1,39%
LIPOMA	2	0,93%
MELANOMA	6	2,78%
NEVO	56	25,93%
NEVO COMPUESTO	10	4,63%
NEVO DE UNION	12	5,56%
NEVO DISPLASICO	3	1,39%
NEVO EPIDERMICO	1	0,46%
NEVO INTRADERMICO	48	22,22%
NEVO MELANOCITICO	6	2,78%
NEVO AZUL	4	1,86%
NEVO PILOSO	4	1,86%
NEVO SEBACEO	2	0,93%
NEVO VERRUCOSO	1	0,46%
NODULO MALAR	1	0,46%
PB MELANOMA	4	1,86%
QUERATOSIS SEBORREICA	3	1,39%
SIN DIAGNOSTICO	14	6,48%
TRICOEPITELIOMA	2	0,93%
TUMOR	5	2,31%
CARCINOMA BASOCELLULAR	8	3,70%
TUMOR PALPEBRAL	3	1,39%
ULCERA ISQUEMICA	1	0,46%
VERRUGA VULGAR	10	4,63%
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100%</b>

## DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO (TABLA 4).

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPATIBLE CON MELANOMA	1	0.5%
MELANOMA AMELANICO	1	0.5%
MELANOMA MALIGNO	15	6.9%
NEVO AZUL	9	4.2%
NEVO COMPUESTO	15	9%
NEVO DE CEL. BALONOIDES	1	0.5%
NEVO DE UNION	17	.9%
NEVO DISPLASICO	1	0.5%
NEVO EPIDERMICO	2	0.9%
NEVO INTRADERMICO	151	69.9%
NEVO NEVOCELULAR DERMICO	2	0.9%
NEVO VERRUCOSO	1	0.5%
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>216</u></b>	<b><u>100%</u></b>

## SITIO DE LESIÓN (TABLA 5).

SITIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARA	50	23,15
CABEZA	3	1,39
CUELLO	4	1,85
TORAX	4	1,85
ABDOMEN	2	0,93
MIEMBROS SUPERIORES	7	3,24
MIEMBROS INFERIORES	22	10,19
ANOGENITAL	5	2,31
NO ESPECIFICADO	114	52,78
DORSO	4	1,85
INGUINAL	1	0,46
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>216</u></b>	<b><u>100,00</u></b>



# BORDES QUIRURGICOS (TABLA 6).

BORDES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN ESPECIFICAR	116	53.7%
BORDES LIBRES	91	42.1%
LESION EN BORDES	9	4.2%
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>216</u></b>	<b><u>100%</u></b>

## TAMAÑO DE LESION (TABLA 7).

TAMAÑO (cm)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0.0 - 0.9	23	10.6%
1.0 - 1.9	45	20.8%
2.0 - 2.9	5	2.3%
3.0 - 3.9	1	0.5%
4.0 - 4.9	1	0.5%
5.0 - 5.9	1	0.5%
SIN ESPECIFICAR	140	64.8%
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>216</u></b>	<b><u>100%</u></b>