



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
CIRUGIA ONCOLOGICA.

**“ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON
MELANOMA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JÚAREZ DE
MÉXICO ”.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

P R E S E N T A

DRA. ARACELI BIBIANA PACHECO CALDERÓN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

CIRUGIA ONCOLOGICA

PROFESOR TITULAR: DR FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ.

ASESOR DE TESIS: DR ARMANDO RAMIREZ RAMIREZ.



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.

**CARACTERISTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON
MELANOMA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE
MÉXICO.**

Vo. Bo

DR. JOSE GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA

JEFE DE ENSEÑANZA

Vo.Bo

DR.FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN CIRUGIA ONCOLÓGICA.

VO.BO

DR ARMANDO RAMIREZ RAMIREZ.

ASESOR DE TESIS

INDICE

DEDICATORIA.....	Pág 03
MARCO TEÓRICO.....	Pág 04
OBJETIVOS.....	Pág 26
JUSTIFICACION.....	Pág 27
MATERIAL Y MÉTODOS	Pág 28
VARIABLES.....	Pág 29
RESULTADOS.....	Pág 30
- SEXO.....	Pág 30
- EDAD.....	Pág 31
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN.....	Pág 32
- TOPOGRAFÍA.....	Pág 33
- HISTOLOGÍA.....	Pág 34
- LUGAR DE PROCEDENCIA.....	Pág 35
- ETAPA CLÍNICA.....	Pág 36
- TRATAMIENTO.....	Pág 37
DISCUSIÓN.....	Pág 38
CONCLUSIONES.....	Pág 39
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág 40

DEDICATORIA:

A Dios por haberme permitido llegar a esta meta y permitir que mi vida en este mundo tenga un objetivo.

A mis padres que quiero con todo mi corazón y que gracias a su apoyo y estando siempre detrás de mí me dan las energías y confianza para seguir adelante.

A mis hermanos por esas palabras de ánimo en los momentos más difíciles.

A ti EAH por ser el motor que ha estado siempre apoyándome, por darme confianza y acompañarme en este camino. Y recordarme en los momentos difíciles que siempre he salido adelante y que tú estás al lado para reafirmarlo.

A mi maestro; Dr Francisco García Rodríguez por que me enseñó a ver realmente el valor de nuestra especialidad, el lado humano y profesional y sobre todo el respeto al paciente ya que a través de ellos podemos ayudar y manifestar porqué estamos en este camino.

Al Dr Ramírez por ser el amigo que creyó en mí, ayudarme, aconsejarme y guiarme durante el camino de la residencia.

A la Dra Gil, porque al lado de un gran hombre, hay una gran mujer y demuestra en cada paciente el amor a su profesión.

Al Dr Varelas, por enseñarme el sentido de la responsabilidad, y ser de los pocos que me demostraron su confianza.

Gracias a todos ustedes..... porque llevaré siempre en mi mente y en mi corazón el compromiso que tengo con la vida y con los pacientes.

MARCO TEORICO

El melanoma es una enfermedad neoplásica producida por la transformación maligna de los melanocitos normales. Los melanocitos son las células responsables de la producción del pigmento melanina. Durante el primer trimestre de la vida fetal, los melanocitos se originan de la cresta neural. A medida que el feto se desarrolla, estas células migran a zonas como la piel, meninges, las membranas mucosas, esófago superior, y los ojos. En cada uno de estos lugares, los melanocitos han demostrado un potencial de transformación maligna, pero el sitio más comúnmente asociados con la transformación de los melanocíticos es la **piel**. Además hay presentaciones alternas, melanomas de la mucosa, los melanomas oculares, los melanomas metastásicos de sitios primarios desconocidos. El 91,2% de los melanomas son cutáneas, oculares 5.3%, 1,3% son de la mucosa, y el 2,2% son de origen desconocido. Cada uno de estos tiene diferencias formas en la presentación y evolución.

La transición de los melanocitos a melanoma o lesión metastásica involucra cambios morfológicos, desde la atipia melanocítica, hiperplasia melanocítica atípica, el melanoma fase de crecimiento radial, el melanoma fase de crecimiento vertical , y el melanoma metastásico.

La fase de crecimiento radial es la forma más frecuente en que se diagnostica ya que es más fácil para el reconocimiento por el paciente y el clínico, estas lesiones suelen progresar a la fase de crecimiento vertical, que se manifiesta clínicamente por un crecimiento nodular de la lesión.

Los Melanomas en fase de crecimiento radial tienen capacidad de metástasis muy bajo, pronóstico excelente y el riesgo de mortalidad del 0% al 5%

EPIDEMIOLOGÍA

El melanoma maligno es el sexto cáncer más común en Estados Unidos. En México en el año 2001 se reportaron 102 657 casos de los cuales 14 010 fueron de piel y de éstos 1031 melanomas, ocupando en hombres el décimo séptimo lugar en frecuencia y en mujeres el décimo cuarto. En México las mujeres son más propensas a presentar esta lesión con una relación de 1.6 a 1, la mediana de edad es de 54 años, resulta importante la observación de que los pacientes no reportan exposición al sol por su ocupación en 77 % de los casos. La incidencia real del melanoma está aumentando más rápidamente que la de cualquier otro cáncer, con 59.940 casos de melanoma invasivo y 8.110 muertes por melanoma en los Estados Unidos. En la primera parte del siglo XX, el riesgo de por vida de una persona blanca desarrollar melanoma fue de aproximadamente 1 en 1.500. Actualmente el riesgo es aproximadamente 1 en 73 para las mujeres y 1 en 49 para los hombres.

Es una enfermedad que afecta más a los blancos que a la raza negra, asiáticos, o de otros individuos de piel oscura.

Los datos recientes sugieren la existencia de diferencias moleculares entre los melanomas y los melanomas acrales derivadas de la piel asociadas con el daño solar crónico, con mutaciones *B-RAF* y *N-RAS* en el 81% de melanomas en la piel crónicamente dañada por el sol, mientras que las mutaciones fueron poco frecuentes en los melanomas de sitios acral, mucosas o de piel sin daño solar crónico.

INCIDENCIA

Los datos de la Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales del programa revelan un aumento en las tasas de incidencia ajustadas por edad, el melanoma de 8,2 por 100.000 en la década de 1970 a 18,7 por 100.000 en los últimos años (1999 a 2003).

En los Estados Unidos y Australia, la proporción por género de melanoma al momento del diagnóstico es aproximadamente 1:1. La edad media de los pacientes con melanoma ha aumentado de 51 años en la década de 1970 (1974 a 1978) a 57 años en un período de tiempo más reciente (1999 a 2003). Sin embargo, la edad media para el diagnóstico de melanoma es de 25 a 65 años. Para las mujeres de 25 a 35 años, el melanoma es la principal causa de muerte relacionada con cáncer.

En México, ocupa el 17º lugar en sexo masculino y en el femenino el 14º en contraste con otros países las mujeres son más

propensas a presentar esta lesión con una relación 1.6: 1 y la mediana de edad es de 54 años.

DISTRIBUCION ANATÓMICA

El melanoma cutáneo puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo. Los sitios más comunes en los hombres están en la parte posterior y en la región de cabeza y cuello. En las mujeres, los sitios más comunes son en las extremidades inferiores, generalmente por debajo de la rodilla. El melanoma lentigo maligno con mayor frecuencia se presenta en las superficies dañadas por el sol de la cabeza y el cuello en pacientes de edad avanzada. El melanoma acral lentiginoso es más común en lugares acral subungueales.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO.

Las características demográficas del melanoma han implicado exposición a la luz ultravioleta como un factor etiológico importante en el desarrollo del melanoma. Existe una asociación causal entre la irradiación ultravioleta y melanoma. La radiación ultravioleta C es generalmente absorbido por la capa de ozono. Ultravioleta-B (UVB) (290 a 320 nm) se asocia con la quemadura solar y la inducción de la producción de melanina. No hay datos sustanciales para apoyar su papel etiológico en el melanoma. Hay también algunas pruebas que implican a la radiación UVA (320 a

400 nm), aunque los rayos UVA está más asociado con cambios crónicos por el daño del sol.

Otro factor que puede aumentar el riesgo de melanoma es una predisposición hereditaria. Esto puede explicar por una minoría de los melanomas (por ejemplo, 5% a 10%). Las mutaciones incluyen la inactivación de dos vías fundamentales supresión tumoral que mediada a través de *p16/CDK4* y *CDK6/ Gen del retinoblastoma*, y que media a través de *p14* y *p53*. Las mutaciones del *CDKN2A*.









Otros factores de riesgo comunes son el síndrome de nevo displásico, una historia de otros cánceres de piel asociados con la exposición al sol, y un historial familiar de melanoma. El xeroderma pigmentoso es poco común. Estatus socioeconómico más alto también se asocia con mayor riesgo.

La exposición ultravioleta y las quemaduras solares, en particular, parecen ser la etiología en la mayoría de los melanomas. Así, la protección contra la luz ultravioleta, especialmente en individuos de piel clara, se cree que los beneficios sustanciales en la prevención del melanoma.

Características del melanoma primario

El aspecto clásico del melanoma cutáneo primario se resume en la nemotecnia : ABCD para la asimetría, irregularidad de los bordes, la variación de color y diámetro superior. Debido a que los melanomas surgen de los melanocitos, se distinguen por su pigmentación. Los melanomas pueden tener tonos de marrón,

negro, azul, rojo y blanco, negro. Cuando los melanomas tienen todas las características ABCD clásica, por lo general son fáciles de diagnosticar.

Lunar Normal	El Melanoma	Señal	Característica
		Asimetría	una mitad del lunar no coincide con la otra
		Borden	el borde (contorno) del lunar es desigual o irregular
		Color	el color del lunar no es uniforme
		Diámetro	el diámetro del lunar es mayor que un borrador de lápiz

Fotografías usadas con el permiso del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute)

Melanoma subtipos: patrones histológicos de crecimiento

Clásicamente, se identifican cuatro patrones principales de crecimiento histológico: Todos tienen una fase de crecimiento radial antes de la fase de crecimiento vertical, a excepción de los melanomas nodulares, que sólo tienen una fase de crecimiento vertical.

Melanoma extensión superficial

El tipo más común es el melanoma de extensión superficial que representa alrededor del 70% de los melanomas cutáneos primarios. Es típico que se presente en el tronco y las extremidades, con excepción de las zonas acral. Se asocia con el crecimiento pagetoide de melanocitos atípicos en la epidermis. El Melanoma de extensión superficial es comúnmente asociado con la exposición solar.



Melanoma nodular

El melanoma nodular que carecen de una fase de crecimiento radial, puede ser no pigmentadas, y comúnmente se diagnostican cuando la lesión es relativamente gruesa. Se consideran de peor pronóstico de los subtipos de melanoma. Representan alrededor del 20% de los melanomas cutáneos. Por definición, los melanomas nodulares, se encuentran en fase de crecimiento vertical .



Melanoma Acral Lentiginoso

Representan menos del 5% de los melanomas. Estas lesiones se encuentran en los sitios acral (subungueal, palmar, plantar) y en las superficies mucosas (anorrectal, nasofaringe, tracto genital femenino). El melanoma acral lentiginoso ocurre en todas las razas y etnias. Su etiología es probable independiente de exposición a la luz ultravioleta. Este tipo de melanomas son poco comunes en África, Asia, y la población hispana, este tipo acral es más frecuente en poblaciones de raza de piel blanca y clara. Este tipo se asocia típicamente con una prolongada fase de crecimiento radial antes de crecimiento vertical, sin embargo, por su ubicación se hace más difícil su diagnóstico que otras formas de melanoma. Ya que las lesiones subungueales pueden ser detectados por estrías lineales pigmentos derivados de la base de la uña. Pero estos no siempre son evidentes. Pueden ser confundidos con hematomas subungueales, que puede conducir a la demora diagnóstica., puede presentarse como rotura de la uña o un engrosamiento o secreción no pigmentadas, y estos a menudo se confunden con infecciones crónicas por hongos. En lo referente a la lesión pigmentada subungueal debe tomar una biopsia, pero es difícil y requiere a veces fragmentados o la eliminación de parte de la uña. Una biopsia en sacabocados cerca del lecho ungueal de la matriz suele ser indicada. Además, cuando hay una inflamación crónica o rotura espontánea de la uña, la biopsia ante la sospecha

de melanoma se debe considerar, incluso en ausencia de pigmentación.



Melanoma lentiginoso

Una entidad distinta del melanoma lentiginoso. Sus características incluyen un diámetro de 1 cm o más, alargadas e irregulares crestas, confluyente nidos melanocíticos y células sueltas sobre un área extensa de la dermis / epidérmica, diseminación pagetoide de coordinación, la atipia citológica, y posible fibrosis dérmica focal.

Melanoma desmoplásico

Melanoma desmoplásico es una forma poco común del melanoma, histológicamente se manifiesta por melanocitos dérmicos en una respuesta del estroma denso. Estas lesiones suelen ser no pigmentadas y por lo general han perdido el proceso de producción de melanina. Negativos para las manchas MART-1/MelanA, gp100 y tirosinasa, pero se tiñen con S-100. La falta de pigmentación y la respuesta del estroma denso a menudo interfieren con el diagnóstico clínico e histológico. Ocurre en la cabeza y el cuello, pero puede ocurrir en otras partes del cuerpo, el riesgo de recurrencia local es bajo. El riesgo de mortalidad general para los melanomas desmoplásico es comparable a la de otros melanomas invasivos de igual profundidad de la invasión. Sin embargo, el riesgo de metástasis ganglionares es menor que para otros melanomas invasivos

FACTORES PRONOSTICOS DE LOS MELANOMAS PRIMARIOS.

El mejor predictor de riesgo de metástasis es la profundidad de la invasión, medido con un micrómetro ocular, de la capa granular de la piel hasta la base de la lesión primaria. Este fue originalmente descrito por Alexander Breslow, y sigue siendo un factor importante en la estadificación y la estratificación pronóstica, otros factores importantes son la edad, la invasión angiolinfática, índice mitótico, género, sitio de presentación de la lesión.

Profundidad de la invasión

Clark y Breslow definido como la profundidad de la invasión de un melanoma primario como una característica importante de reporte histopatológico está asociado con el riesgo de metástasis y muerte por melanoma.

Clark se define sobre la base de la profundidad de la capa de la piel para que el melanoma ha invadido.

Nivel I de Clark son melanomas *in situ*, Limitada a la epidermis o la dermis / epidérmica.

Nivel de Clark II los melanomas invaden dermis superficial (papilar) son lesiones en fase de crecimiento radial.

Nivel de Clark III la lesión llega a la dermis papilar.

Nivel IV de Clark los melanomas invaden dermis (reticular) y tienen riesgo de metástasis significativo.

Nivel de Clark V los melanomas son poco comunes y la invasión es hasta la grasa subcutánea.

Breslow es la profundidad de la invasión medida a partir de la capa granular de la epidermis a la base de la lesión.

El sistema de estadificación del melanoma en curso del Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC) identifica tumor (T) sobre la base de espesor de Breslow:

- T1 lesiones son menores de 1 mm .
- T2 son de 1 a 2 mm.
- T3 son de 2-4 mm de espesor.
- T4 son mayores de 4 mm de espesor.

El nivel de Clark no le agrega mucho valor adicional al pronóstico de espesor de Breslow, pero para los melanomas delgados, nivel de Clark IV o V se asocia con mayor riesgo.

Ulceración

La ulceración de la lesión primaria se ha identificado como una característica importante de pronóstico negativo y se incorpora en el sistema de estadificación de actualidad.

La incidencia del melanoma es similar para hombres y mujeres , sin embargo , hay un riesgo ligeramente mayor para los hombres,el pronóstico es mejor para las mujeres que los hombres. Así, entre los pacientes con melanoma en estadio III y IV , los hombres superan a las mujeres alrededor de 1.5:1. Las mujeres son más propensas a tener melanomas en las extremidades, mientras que los hombres son más propensos a tener melanomas en el tronco y la cabeza y el cuello. La evolución clínica de los

pacientes con melanomas en las extremidades es mejor que la de los pacientes con melanomas de tronco o la cabeza y el cuello , por lo que el impacto pronóstico de género es difícil de distinguir de los efectos de la localización del tumor. La ubicación de los tumores tiene importancia pronóstica en que los melanomas de cabeza y cuello tienen peor pronóstico que el tronco o las extremidades melanomas y los melanomas en los sitios acral tienen peor pronóstico que los sarcomas otro sitio. Una situación particular asociado con un mal pronóstico es el melanoma de mucosa . Anorrectal , genital femenina, y los melanomas de cabeza y cuello de origen mucosas tienen un riesgo de mortalidad de 68% a 89 % en 5 años.

Edad del paciente

El impacto de la edad sobre el pronóstico es confusa. Hay un mayor riesgo de metástasis en los ganglios linfáticos en pacientes jóvenes en el momento de la biopsia del ganglio centinela, especialmente para los pacientes menores de 35 años, pero los aumentos de la mortalidad asociada melanoma de riesgo con la edad para todos los rangos de espesor. Se sugiere una posible capacidad curativa específica por edad para los pacientes con enfermedad ganglionar en micrometástasis , la edad parece tener importancia pronóstica independiente para pacientes con melanoma.

La mayoría de los melanomas presentan como lesiones clínicamente localizadas, sin evidencia clínica o radiológica de la enfermedad metastásica . Sin embargo, algunos de estos pacientes tienen metástasis ocultas , y el tratamiento quirúrgico definitivo incluye tanto la resección terapéutica y evaluar la clasificación patológica de las metástasis regionales.

PATRÓN DE DISEMINACIÓN

Las metástasis pueden ocurrir aún en tumores muy pequeños, se desarrollan en tres formas :

Metástasis en tránsito y lesiones satélites.

Enfermedad ganglionar regional y Metástasis a distancia.

El 50% de los melanomas se disemina en forma de enfermedad regional, el 30% con metástasis a distancia y 20 % con enfermedad en tránsito (lesión a más de 2 cm de la lesión primaria y en línea hacia el primer relevo ganglionar) o lesión satélite (lesión a menos de 2 cm de la lesión primaria).

La diseminación linfática ocurre cuando se alcanza cierta profundidad de invasión, suele ser ordenada en la zona linfoportadora regional. Los ganglios metastásicos son indicadores de enfermedad diseminada. La diseminación hematógena afecta sobre todo al tejido subcutáneo, pulmones, cerebro e hígado.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas. **ABCDE**, asimetría, borde irregular, color variado y diámetro mayor de 6 mm, elevación. Por lo general, las lesiones tempranas son asintomáticas, pero en estadios avanzados pueden ser pruriginosas, ulceradas, friables y de fácil sangrado. Se deben buscar linfadenopatías, en ocasiones los melanomas ocurren como lesiones amelanicas, o como metástasis ganglionares y a distancia sin tumor primario.

DIAGNOSTICO

Las características clínicas permiten presumir el diagnostico de melanoma (sensibilidad de 80% y exactitud del 64 %), la dermatoscopia y biomicroscopia son útiles para diferenciar lesiones tempranas y presumir el grosor de invasión.

Todas las lesiones sospechosas deben someterse a biopsia. Se realiza biopsia incisional si la lesión es mayor o su resección provoca una injustificable secuela estética o funcional, en el caso de resultar benigna En la biopsia debe incluirse piel sana y la zona sospechosa de mayor profundidad de invasión. Las lesiones menores pueden resecarse en su totalidad sin crear secuelas estéticas o funcionales, se someten a biopsia excisional, con margen no mayor de 2 mm, cuyo objetivo es diagnostico.

Las lesiones de bajo riesgo (menores d 1 mm de profundidad de invasión, sin ulceración, nivel de Clark I y II, sin regresión y que se someten a biopsia , no requieren mayores estudios ya que la enfermedad metastasica es rara (1%). Para las lesiones con

profundidad de invasión entre 1 y 4 mm, o aquellas menores de 1 mm pero con indicadores de riesgo, están indicadas las pruebas de función hepática y telerradiografía de tórax. Las lesiones mayores de 4 mm de profundidad de invasión, o de 1- 4 mm con datos de riesgo, como ulceración, requieren ultrasonografía hepática y tomografía axil para evaluar las regiones linfoportadoras poco accesibles del abdomen, pelvis o mediastino, las lesiones en extremidades superiores rara vez requieren un estudio tomográfico especial.

La linfocentelleografía permite localizar el ganglio con mayor riesgo de metástasis (ganglio centinela). Está indicada en los individuos con melanomas localizados de grosor mayor de 1 mm que se ubiquen en el área de cabeza y cuello o en las zonas de drenaje linfático ambiguo del tronco.

ESTADIFICACIÓN.

ETAPIFICACION DE MELANOMA AJCC

T1	Lesión con breslow menor de 1 mm	a) sin ulceración
T2	Lesión con breslow entre 1 y 2 mm	
T3	Lesión con brelow entre 2 y 4 mm	b) con ulceración
T4	Lesión con brelow mayor de 4 mm	
N1	Un solo ganglio afectado	a) micrometástasis
N2	Dos o tres ganglios afectados	b) macrometástasis
N3	4 o más ganglios afectados ó	c) lesiones en tránsito, satélites, sin ganglios

lesiones
 en tránsito con ganglios
 metastasicos

Micrometástasis, ganglios clínicamente
 negativos y
 después de ganglio centinela o disección
 electiva.

Macrometástasis: ganglios clínicamente
 positivos y
 después de disección terapéutica o extensión extracapsular.

M1 Metástasis distantes a piel, tejido subcutaneo o ganglios con LDH
 normal.
 M2 Metástasis pulmonares con LDH normal
 M3 Metástasis viscerales con LDH elevada.

	ESTADIOS CLINICOS		AJCC
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
IIB	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
IIC	T4c	N0	M0
IIIA	T1-4a	N1a	M0
	T1-4A	N2a	M0
IIIB	T1-4b	N1a	M0
	T1-4	N2a	M0
	T1-4a	N1b	M0
	T1-4a	N2b	M0
	T1-4a	N2c	M0
IIIC	T1-4b	N1b	M0
	T1-4b	N2b	M0
	T1-4b	N2c	M0
IV	Cualquier T	N3	M0
			M1, M2, M3

TRATAMIENTO

Para el control local se requiere la resección tridimensional del tumor o cicatriz con margen variable en función de la profundidad de invasión.

Los melanomas in situ se tratan con márgenes de 5 mm. Para los melanomas delgados con profundidad menor de 1 mm de invasión se requiere un margen de 1 cm para la resección, mientras que para los breslow entre 2 y 4 mm un margen de 2 cm es adecuado.

El cierre de la herida se realiza mediante cierre primario, injertos, colgajos locales, colgajos pediculados y colgajos libres microvascularizados.

En las lesiones profundas en los dedos y lecho subungueal, la resección con márgenes a menudo exige amputación. Cuando la lesión se localiza entre dos dedos es necesario amputar ambos.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD REGIONAL.

Los melanomas delgados, de menos de 1 mm de profundidad de invasión, tienen un riesgo de micrometástasis de 1 a 3 mm, por lo que no se requiere la identificación del ganglio centinela ni una disección ganglionar electiva.

Los melanomas de grosor intermedio (1 a 4 mm) se vinculan con micrometástasis ganglionares en 60 % con riesgo menor de 20 % de micrometástasis a distancia. Estos pacientes son candidatos ideales para el mapeo linfático e identificación del ganglio centinela. Las lesiones gruesas, de más de 4 mm, se relacionan

con micrometástasis ganglionares en 60 % y con micrometástasis a distancia de 70 %, esto invalidaría el beneficio potencial de una linfadenectomía electiva.

MAPEO LINFÁTICO E IDENTIFICACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA.

El mapeo linfático e identificación intraoperatoria del ganglio centinela es el tratamiento estándar en los pacientes con enfermedad confinada al tumor primario, con biopsia, sin uso de colgajos y de grosor mayor de 1 mm. Este procedimiento permite reservar la linfadenectomía sólo para aquellos con evidencia patológica de enfermedad ganglionar, con lo que se evitaría la morbilidad a los pacientes sin metástasis que antes se hubieran sometido a linfadenectomía electiva. Además, se usa en los pacientes con breslow menor de 1 mm y con alguno de los siguientes criterios:

Ulceración.

Clark III, IV ó V.

Datos histológicos de regresión

En fase de crecimiento vertical

Biopsia por rasurado previa o breslow incierto o no concordante clínicamente.

DISECCION GANGLIONAR ELECTIVA.

Si la identificación del ganglio centinela no es factible, la disección electiva se practica bajo las mismas indicaciones. En el análisis de subgrupos en estudios controlados sugieren que los pacientes sin úlceras y menores de 60 años con lesiones de

breslow de 1 a 2 mm se benefician de la linfadenectomía en términos de supervivencia. La linfadenectomía electiva rutinaria se ha dejado de usar debido a que hasta 70 % de los enfermos no tienen metástasis ganglionares, produce cierta morbilidad y no ofrece ventaja comparada con la linfadenectomía que se realiza cuando aparecen las metástasis clínicas.

TRATAMIENTO ADYUVANTE.

INMUNOTERAPIA.

Múltiples estudios con interferón alfa que se realizaron en 4n pacientes con melanoma en estadios II y III han sido inconsistentes en su eficacia. El beneficio debe causar impacto en la supervivencia para justificar la toxicidad implícita. Ninguno de los estudios de bajas dosis ha demostrado beneficio en términos de recaída local o supervivencia global.

RADIOTERAPIA.

La radioterapia adyuvante a las áreas ganglionares disecadas se ha ensayado con el intento de mejorar el control regional, en especial en el área de cabeza y cuello. Parece disminuir en un 50 % el riesgo de recaída local, la cual ocurre hasta en 20 %. Se recomienda radioterapia adyuvante cuando hay rotura capsular o cuatro o más ganglios comprometidos.

TRATAMIENTO DEL MELANOMA METÁSTASICO.

El tratamiento del melanoma metastásico es paliativo. En pacientes seleccionados, la cirugía y radioterapia pueden ser útiles para alcanzar el control local. Los beneficios potenciales deben superar los riesgos y deben minimizarse los costos en lo posible. Los individuos que más beneficio reciben de la cirugía de tipo paliativo son aquellos con un sitio metastásico, período de remisión prolongado y localización extravisceral de las metástasis. Las metástasis cerebrales son el tercer sitio en frecuencia de metástasis a distancia después de tejido subcutáneo y ganglios linfáticos. En 75 % de los casos las lesiones son múltiples, la supervivencia media alcanza de tres a cuatro semanas. En ciertos casos se podría utilizar la cirugía, si la enfermedad es accesible, la mejor opción parece ser la radioterapia a cráneo total más temozolamida.

Las metástasis al tracto digestivo se relacionan con un pronóstico sombrío, pero un 10 % alcanzan supervivencia de 5 años con el tratamiento quirúrgico. Diferentes protocolos de quimioterapia se ha utilizado con diferentes resultados, los de mayor uso son Bleomicina, vincristina.

Cisplatino, vimblastina y tamoxifeno, con tasas variables de 9 a 55 % y de corta duración.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con melanoma maligno manejados en la unidad de Oncología del Hospital Juárez de México en el período del 2004-2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las características demográficas (edad y sexo) en los pacientes con melanoma diagnosticados en el Hospital Juárez de México en el período de estudio.
- Describir las características clínico- patológicas de melanoma según su localización, tipo histológico y estadio clínico con melanoma en los pacientes del Hospital Juárez de México.

HIPOTESIS

No aplica

JUSTIFICACIÓN

En la unidad de Oncología Quirúrgica del Hospital Juárez de México no se ha hecho ningún estudio en el cuál tengamos información de los casos de Melanoma Maligno así como de las características clínicas y epidemiológicas que predominan en nuestra población de atención.

Por lo tanto en este estudio hacemos un análisis de los casos que diagnosticamos durante el período de enero del 2004 a diciembre del 2008 y tener información sobre esta patología y sus características manejadas en esta unidad hospitalaria.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todos los pacientes diagnosticados y tratados en el Servicio de Oncología en el Hospital Juárez de México entre los años 2004-2008.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio descriptivo, retrospectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DEL ESTUDIO

- Se revisarán los expedientes de todos los pacientes con diagnóstico de melanoma y que recibieron tratamiento en la unidad de oncología del Hospital Juárez de México en el período comprendido del 1º enero 2004 al 31 diciembre 2008.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de melanoma tratados en la unidad de oncología del Hospital Juárez de México.
- Cualquier tipo histológico de melanoma maligno comprobado histológicamente en los pacientes del servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

CRITERIOS DE EXCLUSION

A todos los pacientes **con** diagnostico de melanoma que en el expediente no cuenten con los datos demográficos o clínicos.

VARIABLES INDEPENDIENTE:

Melanoma maligno

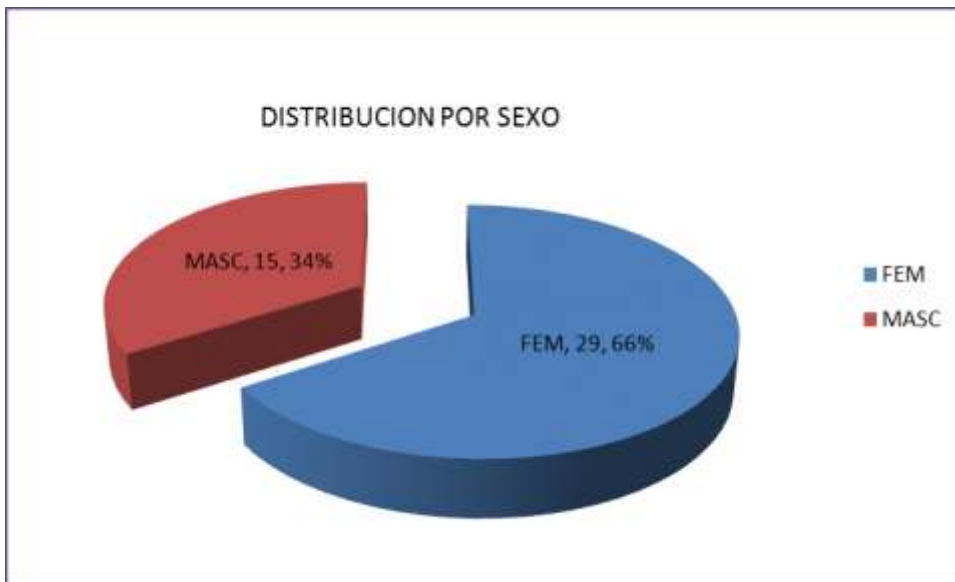
VARIABLE DEPENDIENTE:

- Edad
- Sexo
- Sitio anatómico
- Lugar de residencia
- Tipo histológico más frecuente
- Tiempo de evolución
- Etapa clínica
- Afección ganglionar
- Tipo de tratamiento en cada paciente.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 44 pacientes con diagnóstico de melanoma maligno comprobado histológicamente en el período comprendido entre el 01 de enero del 2004 a 31 de diciembre del 2008 manejados en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

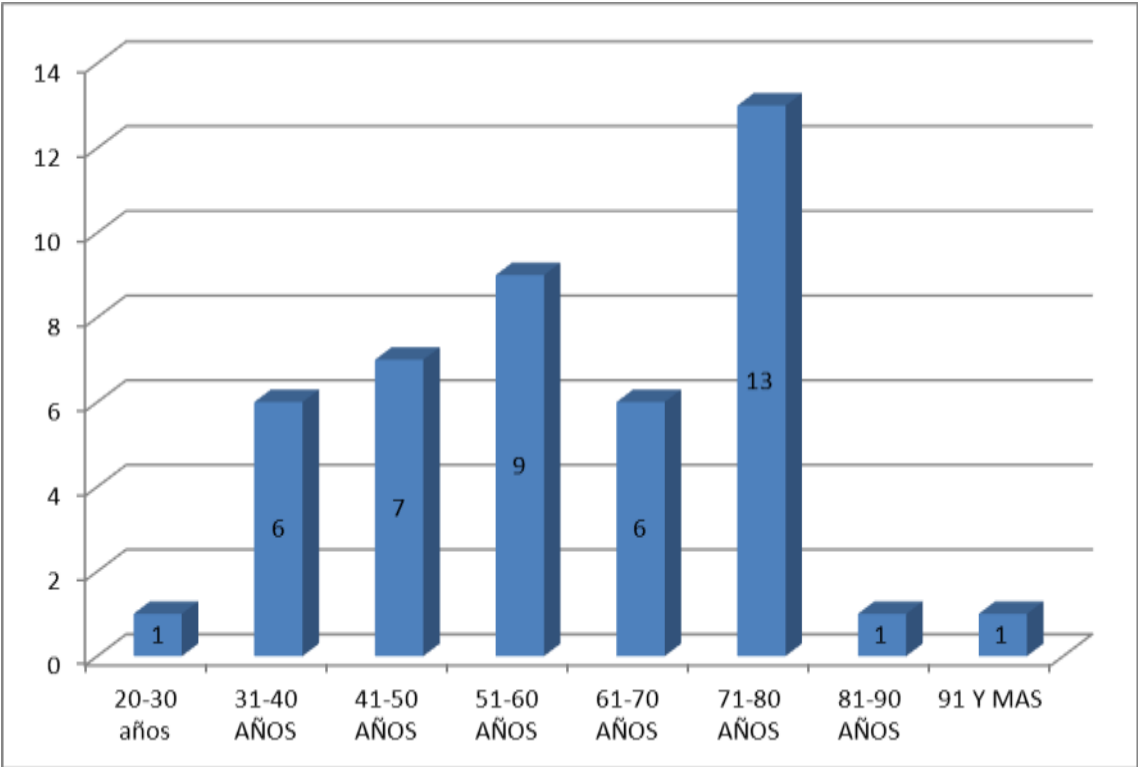
La población del estudio fueron tanto del sexo masculino como del sexo femenino, se encontraron 29 casos en el sexo femenino (66%) y 15 casos en el masculino (34 %). Gráfica 1.



Gráfica 1. Fuente registro de información de pacientes con melanoma en la unidad de oncología del Hospital Juárez de México. 2004-2008.

EDAD

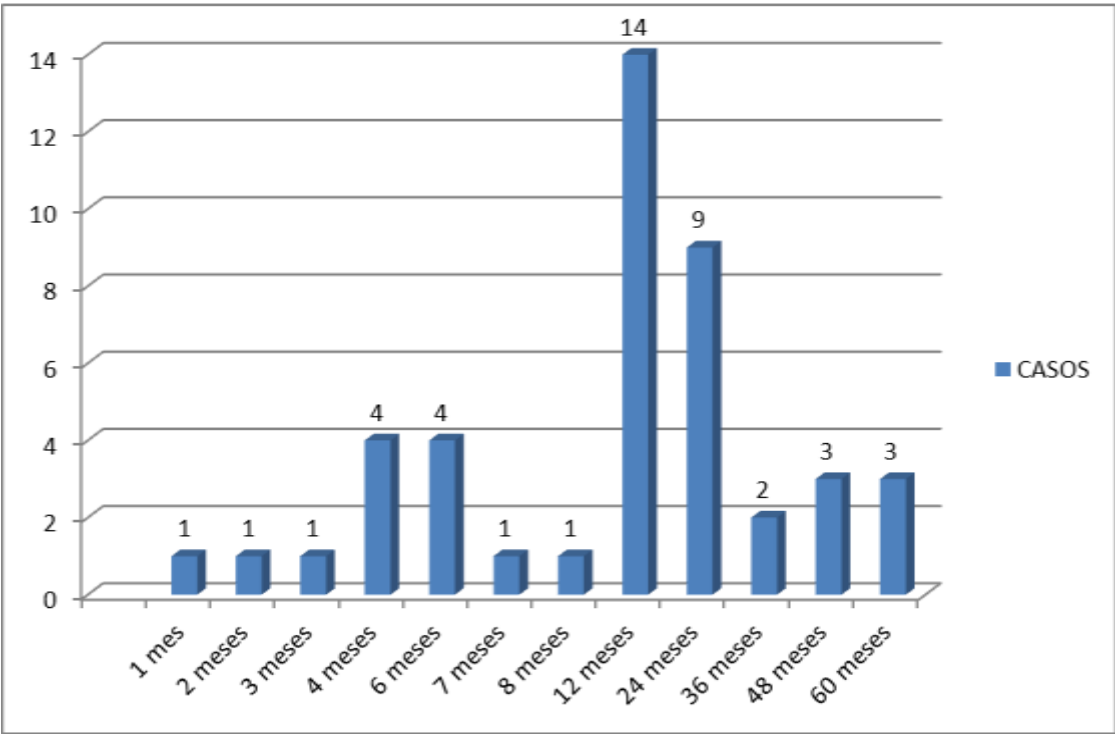
El rango de edad fue muy amplio desde los 27 a los 93 años, con 13 casos entre 71 y 80 años, 15 casos entre 51 y 70 años y 14 casos de 20 a 50 años., un caso de cada uno en los 84, 93 y 27 años. Como se ilustra en la Gráfica 2.



Gráfica 2.- Fuente Registro de información de pacientes con melanoma en la unidad Oncología del Hospital Juárez de México. 2004-2008.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN.

Con un rango de 12 a 60 meses, con 14 casos que se presentaron a los 12 meses correspondiendo al 31 % , 9 casos (20%) a los 24 meses y 8 casos más a 36 (2), 48 (3) y 60 meses (4), originando 31 casos (70%) con una evolución de un año o más. Gráfica 3.

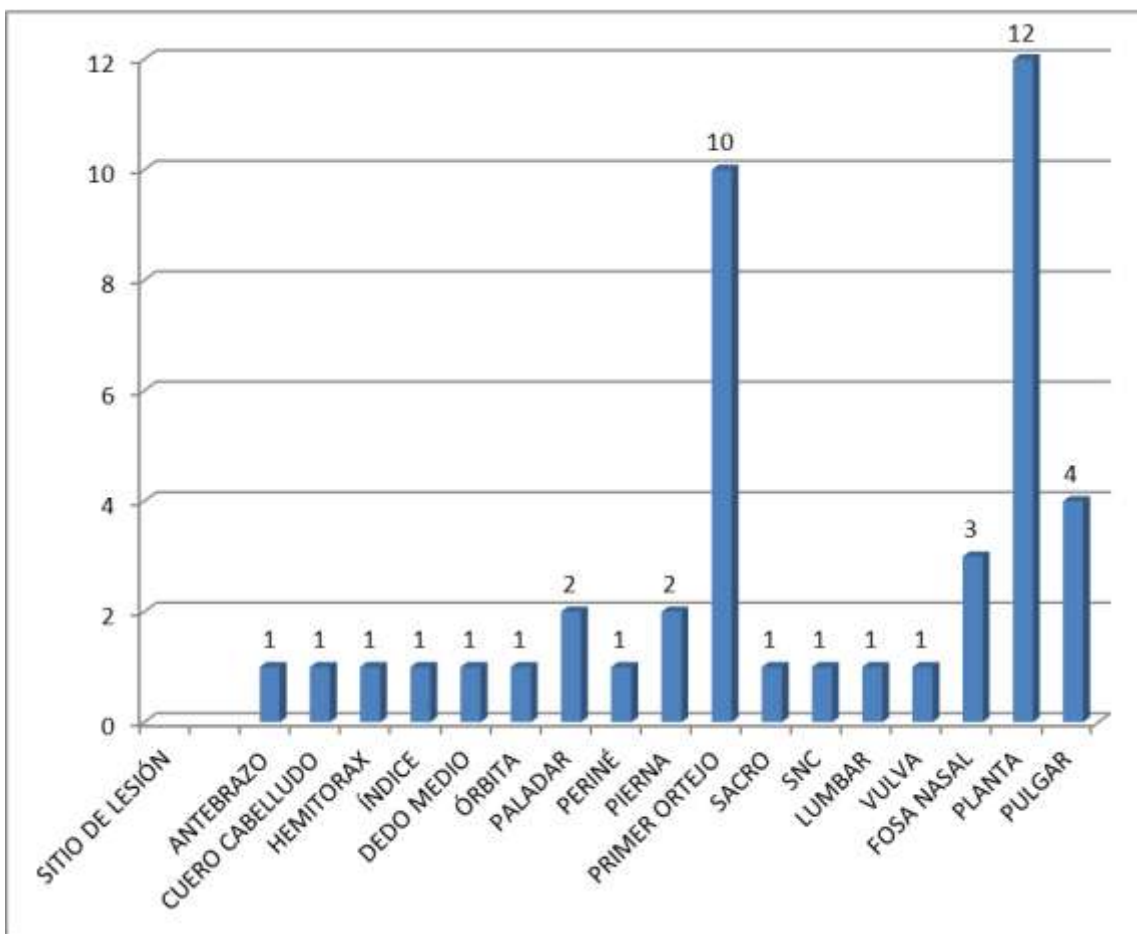


Gráfica 3: Fuente registro de información de pacientes con melanoma en la unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

TOPOGRAFÍA.

12 casos (27%) se localizaron en la región plantar, 10 casos (22.7%) al primer orjejo de pie, 4 en pulgares, 1 en índice, 1 en dedo medio para completar 28 casos (63.6%) de localización acral lentiginoso, hay 2 casos histológicos acral lentiginoso, uno en cuero cabelludo y otro en vulva.

Casos únicos (uno de cada lado) en antebrazo, cuero cabelludo, tórax, órbita, periné, sacro, región lumbar media, un caso metastasico a SNC sin identificación del tumor primario, 2 casos en pierna y notablemente 5 casos de mucosas, 2 en paladar y 3 en fosa nasal (11.3 %). Gráfica 4.

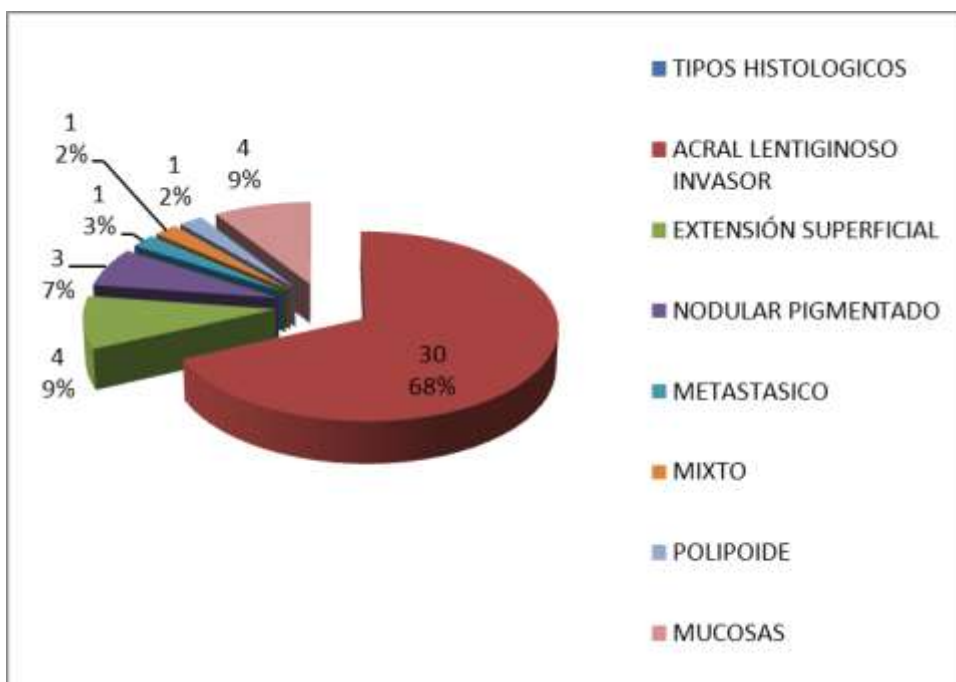


Gráfica 4: Fuente registro de información de pacientes con melanoma en la unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

HISTOLOGÍA

Histológicamente se comprobaron 30 casos (63%) como acral lentiginoso, 4 casos de extensión superficial (9%), 3 casos nodulares (7%) que correspondieron a los tipos comunes, sin olvidar 5 casos de mucosas.

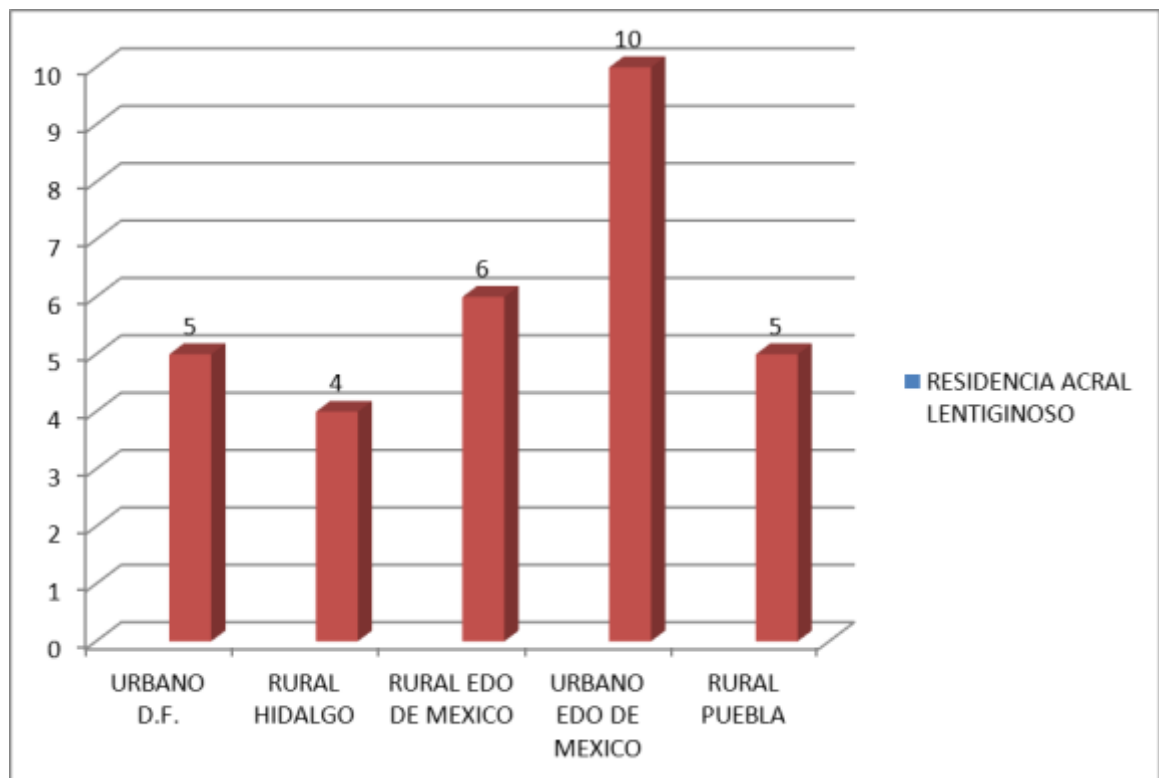
Gráfica 5.



Gráfica 5: Fuente registro de información de pacientes con melanoma en la unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

LUGAR DE PROCEDENCIA

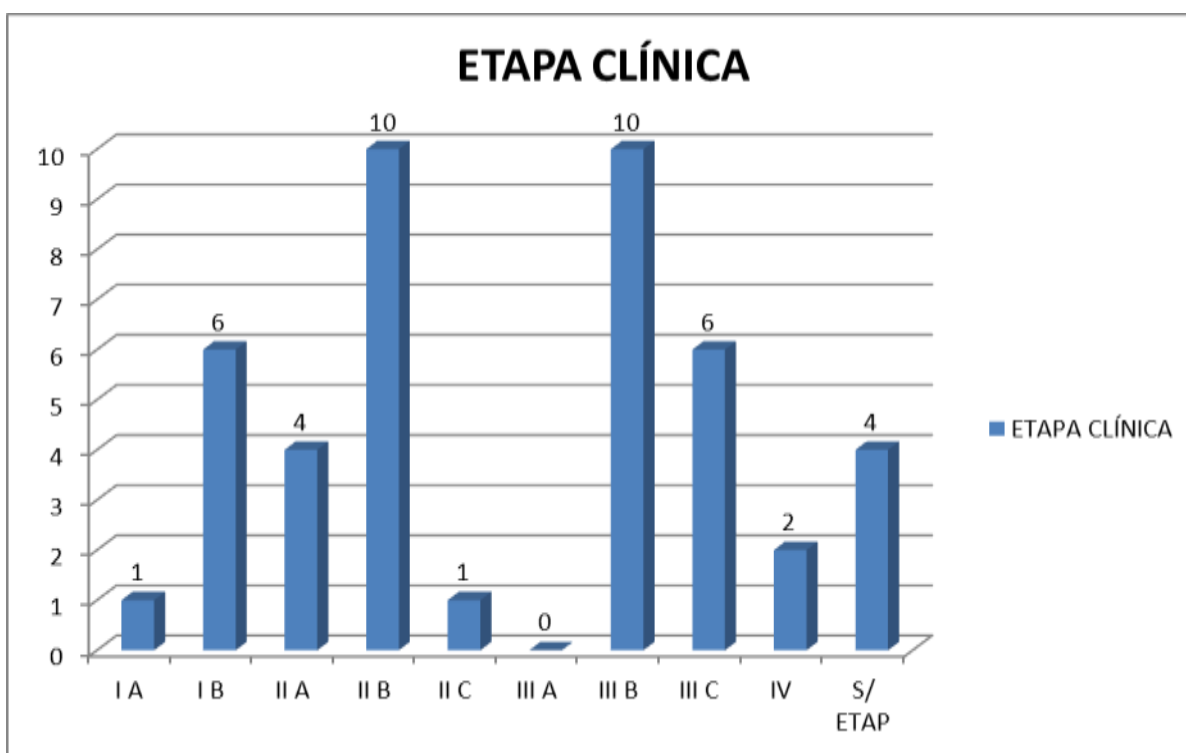
Para el grupo de tumores de tipo acral lentiginoso se muestra que la mitad de los casos corresponden a residencia urbana mientras que el otro 50 % procede de medio rural lo cual permite especular que no hay algún factor ambiental que condicione que este tipo de tumor sea por habitar en medio urbano o rural.



Gráfica 6: Fuente registro de información de pacientes con melanoma en la unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

ETAPA CLÍNICA

Las etapas clínicas de los pacientes que se manejaron durante el transcurso de tiempo estudiado fue variado: correspondieron a 1 caso en etapa clínica **IA**, 6 casos en etapa clínica **IB**, 4 casos en etapa clínica **IIA**, 10 casos en etapa clínica **IIB**, 1 caso en etapa clínica **IIC**, 10 casos en etapa clínica **IIIB**, 6 casos en etapa clínica **IIIC**, 2 casos en etapa clínica **IV** y 4 casos **sin etapificar**, debido a que en los reportes de patología no se reportaron los datos suficientes para aplicar el TNM. Nos llama la atención que las etapas clínicas con mayor número de caso con 10 cada uno fue IIB y III B. A los cuáles se les ofreció el tipo de tratamiento correspondiente. Gráfica 7.



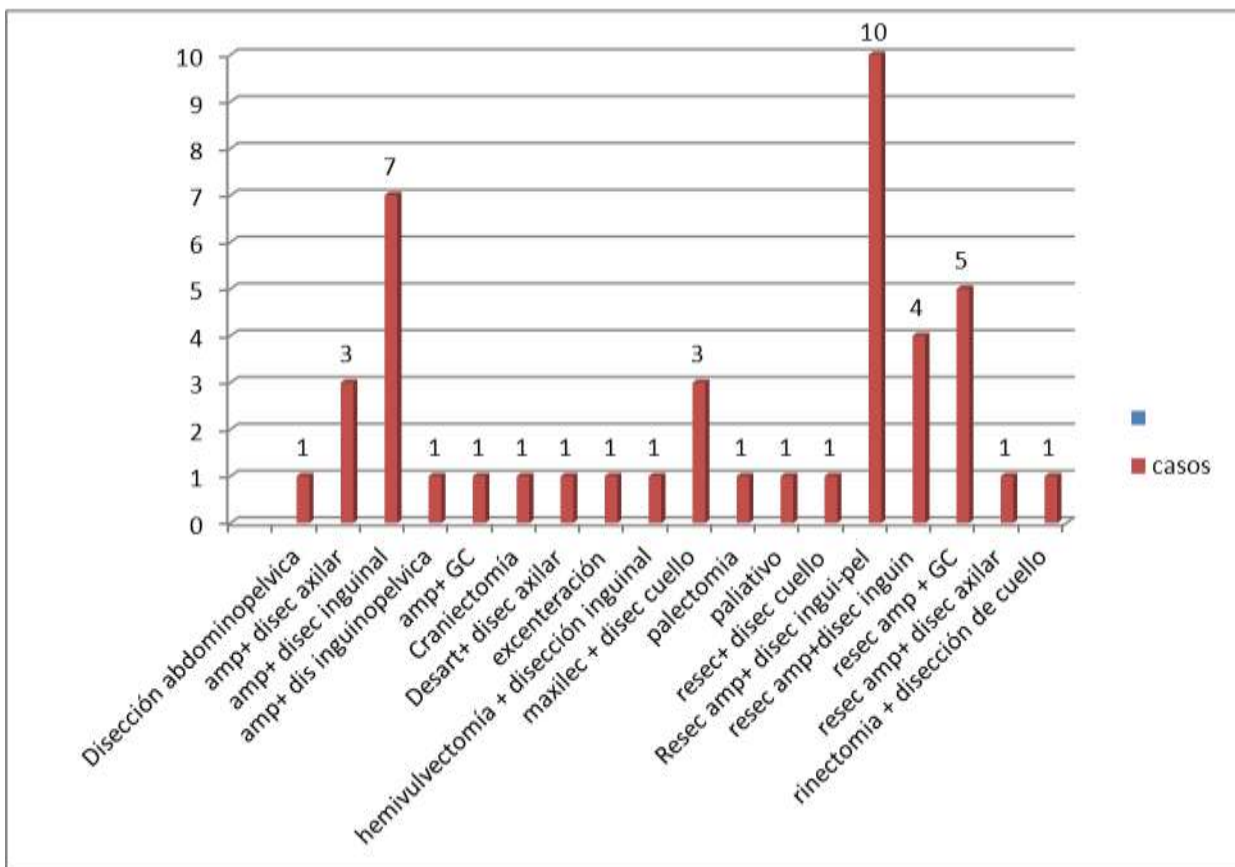
Gráfica 7: Fuente registro de información de pacientes con melanoma en la unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

TRATAMIENTO

Se realizaron 6 resecciones amplias más ganglio centinela que fueron negativos en todos los casos correspondiendo a melanomas delgados de extremidades 14 casos requiriendo un procedimiento de amputación más disección inguinal ó inguinopélvica.

Hubo 10 resecciones amplias + disecciones radicales y 4 casos de melanoma nasal y paladar con maxilectomía y rinectomía más disección radical de cuello, una excenteración orbitaria y una craniectomía.

Gráfica 8. (TIPOS DE TRATAMIENTO).



DISCUSIÓN

La presente revisión muestra las características particulares del melanoma maligno en nuestro país se presenta predominantemente en el sexo femenino (66 VS 34 %). A edades mayores de 50 años (30 casos) siendo infrecuente antes de los 40 años, y como es habitual en nuestro medio los pacientes se presentan tardíamente, ya sea por que no se percatan de la existencia de lesiones sobre todo plantares o por falta de educación médica respecto a la necesidad de atención de una lesión hiperpigmentada en crecimiento.

La mayoría de nuestros pacientes se presenta de 12 meses de evolución en adelante.

Es relevante confirmar que el tipo clínico histológico más frecuente es el melanoma acral lentiginoso y el sitio más habitual es en planta de pie, ortijos y manos y que en nuestra serie corresponde con 30 casos para un porcentaje de 63 % del total.

El melanoma de tronco y extremidades es menos frecuente que el reportado para poblaciones de piel blanca, se presentaron 5 casos de melanoma de mucosas de cabeza y cuello, 3 de ellos en fosa nasal y 2 en paladar.

38% de los casos se presentaron en estadios avanzados requiriendo procedimientos quirúrgicos radicales como las amputaciones (14 casos), exenteración orbitaria, maxilectomía y palatectomía, vulvectomía y craneotomía.

La vasta mayoría ameritó disección ganglionar radical por presentar lesiones profundas y ganglios clínicamente positivos.

Solamente 6 casos fueron tributarios de una resección amplia y ganglio centinela, el cual fue negativo a metástasis y confirma el buen pronóstico de los melanomas diagnosticados en forma temprana.

CONCLUSIONES

1.- El melanoma maligno es un tumor infrecuente en México representando el 8 % de todos los tumores primarios de la piel en nuestro medio.

2.- Es notoria la predilección de este tumor por la variedad acral lentiginosa, predominando la presentación plantar y en los ortejos de los dedos del pie.

3.- En nuestra serie hay un claro predominio de sexo femenino sobre el masculino.

4.- El tiempo de evolución de las lesiones desde que el paciente se percata de su existencia hasta el momento de acudir a su valoración es prolongado, la mayoría después de los 12 meses, lo que conlleva lesiones más profundas, con mayor probabilidad de enfermedad ganglionar positiva que requieren de procedimientos radicales amputativos y disecciones ganglionares radicales que conllevan mayor morbilidad y un pronóstico sombrío.

5.- No tiene que ver el factor de lugar de origen en los casos de tipo histológico acral lentiginoso, ya que se presenta en igual porcentaje tanto urbano y rural.

6.- Deben de promoverse campañas de educación acerca de las lesiones pigmentadas para detectarlas y ofrecerles un manejo en forma temprana.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Devita , Hellmann and Rosenberg's 8a edición. Tomo II Cap 48. Sección 2 Págs 1897-1937.
- 2.-McGraw Hill Interamericana. Clínicas de Norteamérica Volumen I/ 2003. Melanoma maligno. Parte 1. Pág 1-73
- 3.-Herrera Gómez, Granados García. Manual de Oncología. Procedimientos Quirúrgicos. Tercera edición. Cap 61 Págs 623-634.
- 4.-Singh AD. Berman L. Seregard Uveal melanoma: epidemiological aspects. Clínicas of North 2005: 18.75.
- 5.- Alfeiran RA. Escobar , Herrera, Padilla . Epidemiología del melanoma de piel en México.1998, 44 : 168-74.
- 6.- Argenziano G.Soyer, dermastocopy of pigmented skin lesions. A valuable tool for early diagnosis of melanoma. Lancet Oncology 2001 2.44 443-449.
- 7.- Balch Ch.Surgical management of melanoma: results of prospective randomized trials. Ann Surg Oncol 2004, 86 179-186.
- 8.- Balch CH. Seng-Jaw g.Thompson. Prognosis factors analysis of 17 600 melanoma patients: validation of the American joint committee on cancer melanoma staging system. J Clin Oncol 2001 19(16) 3622-3634.
- 9.- Dirección general de epidemiología. Compendio de cáncer mortalidad/ morbilidad, registro histopatológico de neoplasias malignas 2001.
- 10.-Gimotty AP. Guerry D. Thin primary cutaneous malignant melanoma: a prognostic tree for |10 años metastasis is more accurate than American Joint Committee on cancer staging, Jclin Oncolo 2004 , 22: 3668-3676.

11.- Ko CB, Walton S. Keczkes HPR et.al. The emerging epidemic of skin cancer. Br Dermatol 1994, 130: 269-72.

12.-Glass AG. Hoover RN. The emerging epidemic of melanoma and squamous cell skin cancer. JAMA 1989, 262: 2097-100.

13.- Fears TR . Estimating increase in skin cancer morbidity due to increase in ultraviolet radiation exposure. Cancer invest 1983. 1_ 119-26.

14.- Lens MB Dawes M.Goodacre T, Newton JA. Elective lymph node dissection inpatients with melanoma. A Systematic review or randomized controlled trials comparins narrow vs wide excision. Arch Surg 2002, 137: 1101-1105.

15.- Lens MB, Dawes m. Goodacre T, Newton Excision margins in the treatment of primary cutaneous melanoma. Arch Surg 2002. 137: 1101.

16.- Mack AL.MCKinnon JG. Controversies in the management of metastatic melanoma to regional lymphatic basins. J Surg Oncol 2004, 86: 189-199.

17.- Reintgen D.Cruse. Wells. Bermann. The orderly progression of melanoma nodal metastasis. Ann Surg 1994, 229: 759-767.

18.- Ridge JA. Adyuvant radiation after lymph node dissection for melanoma. Ann Surg Oncol 2000, 7 550-551.

19.- Thomas JM. Newton-Bishop. Excision margins in high risk malignant melanoma. N.England J. Med 2004, 350: 757-766.

20.- Tsao H. Atkins BM. Sober JA. Management of cutaneous melanoma. N.England J.Med 2004, 351: 998-1012.