



11212
11
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MELANOMA
MALIGNO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MÉDICO LA RAZA,
DE JUNIO DE 1995 A JUNIO DEL 2000

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN
DERMATOLOGÍA

PRESENTA:

289909
DRA. NORMA ANGÉLICA DÍAZ SANDOVAL

México D. F., Febrero de 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

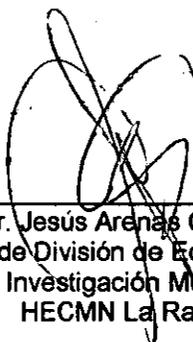
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

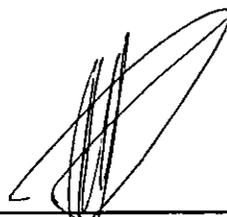
**ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE MELANOMA MALIGNO EN EL HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA,
DE JUNIO DE 1995 A JUNIO DEL 2000**

Número definitivo de tesis: 2000 - 690 - 0114

Vo. Bo.



Dr. Jesús Arenas Ozuna
Jefe de División de Educación e
Investigación Médica.
HECMN La Raza



Dr. Fernando Montes de Oca
Monroy
Jefe del Departamento de
Dermatología
HECMN La Raza

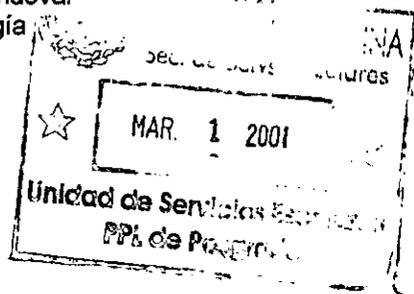
Dr. Blanca Carlos Ortega
Asesor de tesis.



Dr. Fernando Gómez Acosta
Asesor de Tesis



Dra. Norma Angélica Díaz Sandoval
Residente IV. Dermatología
HECMN La Raza



TITULARES

DRA. BLANCA CARLOS ORTEGA

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGIA, RESPONSABLE DE LA
CLINICA DE TUMORES.

DR. FERNANDO GOMEZ ACOSTA

MEDICO CIRUJANO ONCOLOGO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CABEZA,
CUELLO Y PIEL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
S XXI.

DR. FERNANDO MONTES DE OCA MONROY

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA.

ASESORES DE TESIS

DRA. BLANCA CARLOS ORTEGA

**MEDICO RESPONSABLE DE LA CLINICA DE TUMORES DEL SERVICIO DE
DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN LA RAZA.**

DR. FERNANDO GOMEZ ACOSTA

**MEDICO CIRUJANO ONCOLOGO, JEFE DE SERVICIO DEL DEPARTAMENTO DE
CABEZA, CUELLO Y PIEL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI.**

RESUMEN

Objetivo: Valorar el manejo quirúrgico del Melanoma maligno cutáneo (MMC) en pacientes del Centro Médico la Raza (HECMNLR), que fueron enviados al Hospital de oncología del Centro Médico Nacional S XXI (HOCMN S XXI).

Material y Métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes de primera vez atendidos en el hospital de oncología de junio 95' a junio 00'. Se registraron a los pacientes con diagnóstico de MM del HECMNLR; obteniéndose los siguientes datos: edad, sexo, localización, estudio transoperatorio del ganglio centinela, histopatología, cirugía realizada y terapia adyuvante. Se correlacionó el nivel de profundidad de la lesión con el manejo quirúrgico realizado y se evaluaron el número de recidivas y resultados a cinco años.

Resultados: De 190 pacientes con diagnóstico de melanoma maligno, se seleccionaron 58 pacientes provenientes del HECMNLR. En la etapa clínica I se clasificaron las lesiones según su espesor, medido por el nivel de Breslow, correspondiendo 24.13% a los delgados, 51.72% a los medianos y 24.13% a los gruesos. Se realizó manejo quirúrgico (mapeo) del ganglio centinela y según el resultado linfadenectomía. Se detectó una recidiva local, cuatro regionales ganglionares y cuatro a distancia.

Conclusiones: Los factores pronósticos más importantes y los que indican el tipo de tratamiento a efectuar son el espesor tumoral o nivel de Breslow y el nivel de Clark. En nuestro estudio 50% de los tumores fueron detectados en estadio clínico I.

Palabras clave: Melanoma maligno cutáneo, nivel de Breslow, ganglio centinela.

ABSTRACT

Objective: To value the surgical handling of the cutaneous malignant Melanoma (MMC) in all patient of the Centro Médico Nacional La Raza that attended to the Hospital de Oncología Centro Médico Nacional S XXI.

Material and Methods: Clinical files were reviewed of patients of first time who attended to oncology hospital from June 95' to June 00.' We registered all the patients with MMC disease. We collected the following dates: age, sex, topography, transoperatory biopsy of sentinel node, histopathology, surgical management and adyuvant therapy. The depth level of the lesion was correlated with the carried out surgical handling and it was valued the number of relapses and results at five years.

Results: We found 190 patients with diagnose of malignant melanoma, we selected 58 patients who came from Centro Médico La Raza. In clinical stage I , we classified the tumor according to the thickness measured by the level of Breslow , that was of 23.1% in the thin ones, 51.79% in the medium ones and 23.23% in the thick ones. It was done surgical management (mapping) of the sentinel node and about the result linfadenectomy. One relapse was detected in the local illness, one in the illness regional ganglionar and four metastasis.

Conclusions: The factors presage most important and prognostic factors that determine the treatment type to make are the tumor thickness or level of Breslow and Clark's level. In our study 50% of the tumors were detected in clinical stage I and II.

Key Words: Cutaneus malignant melanoma, Breslow level, sentinel node

ÍNDICE

<i>INTRODUCCION</i>	<u>1</u>
<i>MATERIAL Y METODOS</i>	<u>7</u>
<i>RESULTADOS:</i>	<u>8</u>
<i>DISCUSION</i>	<u>16</u>
<i>CONCLUSIONES:</i>	<u>18</u>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<u>19</u>

INTRODUCCION

El melanoma maligno cutáneo es un tumor que proviene de la transformación maligna de las células pigmentadas de la piel, los melanocitos, que tienen origen dendrítico y están localizados en la membrana basal de la epidermis. Su comportamiento biológico es agresivo, ya que posee la capacidad de invadir tejidos vecinos y enviar metástasis (1).

El factor desencadenante mejor conocido que se ha relacionado con su aparición es la radiación ultravioleta, también se han implicado otros factores como los carcinógenos químicos y los virus (2).

El melanoma cutáneo representa 1.3% de todas las neoplasias en el registro de tumores en la República Mexicana (3).

Se ha estimado que ocurren alrededor de 70,000 casos nuevos al año en todo el mundo, con una incidencia de 1.6 por 100,000 habitantes (4).

En México, la mayor parte de los casos (más del 50%) se diagnostican en etapas tardías, lo que ocasiona que la mortalidad sea alta (3).

La presentación más frecuente en nuestro país es en las extremidades, predominando en miembros inferiores (45.2%) (5). Los tipos clínicos más frecuentes son la variedad nodular, acral, diseminación superficial y el léntigo maligno (43.9, 29.4, 20 y 6.7%) (6). Aproximadamente el 80% de los casos se originan de novo y en el 20% restante es posible demostrar una lesión preexistente. Esta neoplasia puede originarse también de nevos melanocíticos congénitos y muy ocasionalmente del nevo azul celular (2, 7). Los nevos melanocíticos adquiridos son las lesiones que tienen mayores probabilidades de sufrir una transformación maligna, ocupando una frecuencia importante el nevo melanocítico de Clark (60%) (5).

Este tumor es más frecuente en la raza blanca y tiene una incidencia 10 veces mayor en personas con fototipos cutáneos I y II, con una edad promedio de 54 años de edad (8).

Estudios de genética del tumor han evidenciado anomalías cromosómicas en 80% de los casos, básicamente reacomodados en el cromosoma 6, como consecuencia de deleciones en 6q21-23 (9).

Para su estudio histopatológico se ha observado que la tinción de Hematoxilina y Eosina permite identificar una célula de melanoma entre 10,000 células normales. Cuando se encuentran zonas sospechosas, se realizan nuevos cortes para identificarlos mediante tinciones de inmunohistoquímica con anticuerpos de la proteína S100, HMB 45 y el antígeno de proliferación celular Ki-67 que permitirán confirmar o descartar la presencia de células del melanoma. Esta técnica permite un aumento en la sensibilidad diagnóstica de 1: 10⁵ (10, 11).

La existencia de células del melanoma circulantes se confirma por medio de la detección de la transcriptasa reversa y la reacción en cadena de polimerasa dirigidas contra el RNA de la tirosinasa (10, 11).

En el Centro Médico Nacional Siglo XXI, el 85% de los pacientes con melanoma maligno, presentan enfermedad local; 10% metástasis ganglionares (clínicamente evidentes) y solo 3 a 5% presentan metástasis sistémicas, principalmente pulmonares, mientras que en el Instituto Nacional de Cancerología se reporta que 48% de los pacientes tienen enfermedad local y 51.2% presentan enfermedad metastásica (1, 12).

El pronóstico de este tumor es clínico e histológico. Según los criterios clínicos, aquéllos con topografía en las extremidades inferiores tienen mejor índice de supervivencia que los tumores localizados en tronco, cabeza, cuello, parte proximal de las extremidades y nuca (denominadas áreas BANS por Day y cols.) (13).

Los factores histopatológicos de mal pronóstico incluyen la ulceración, el índice de mitosis, la desmoplasia, el neurotropismo, y la satelitosis microscópica (14).

Por otra parte para la microestadificación del melanoma se han propuesto varios sistemas, siendo los más confiables los de Breslow y Clark (11).

El nivel de Breslow es el factor de pronóstico más importante y que se determina midiendo micrométricamente el espesor de la lesión desde su superficie hasta el sitio mayor de invasión tumoral y se divide en cuatro niveles: < 0.76mm; de 0.76 a 1.49mm; de 1.5 a 4mm; y >4mm.

Para fines prácticos se les conoce como delgados a aquellos menores de 0.76mm, intermedios entre 0.76 y 4mm y gruesos a los mayores de 4mm. El espesor tumoral está en relación directamente proporcional a la posibilidad de metástasis ganglionares e indirectamente proporcional al pronóstico de la enfermedad (15).

El nivel de Clark se mide en cinco niveles anatómicos de invasión. In situ; localizado a la epidermis con lámina basal intacta; nivel II.- tumor que invade la dermis papilar sin afectar la reticular; nivel III.- tumor que invade la interfase papilar- reticular; nivel IV.- tumor que invade la dermis reticular; y nivel V.- tumor que rebasa la dermis e invade el tejido celular subcutáneo (16).

Es importante identificar a los pacientes con metástasis ocultas (clínicamente no evidentes), ya que se ha visto que hasta un 20% de los tumores de grosor intermedio las presentan (13).

El mapeo del ganglio centinela, creado por Morton en 1992, permite identificar la enfermedad metastásica. Corresponde al primer relevo ganglionar de drenaje linfático de un área determinada de piel y tiene una sensibilidad del 95%. Su estudio está indicado en melanoma con espesor mayor de 0.76 mm y menor de 4mm. Consiste en la inyección intradérmica del colorante azul de isosulfán (azul patente), en forma perilesional y aproximadamente en diez minutos y posterior a un ligero masaje, el colorante llega al primer relevo ganglionar, el cual se identifica y se disecciona para su estudio histopatológico (14, 15,16).

Una vez obtenido el ganglio linfático se realiza citología transoperatoria y posteriormente se fija con tinciones de rutina para detectar la presencia de células neoplásicas. Es necesario realizar hasta 16 cortes finos en búsqueda de células malignas (16).

Las reacciones de inmunohistoquímica incrementan la sensibilidad del diagnóstico en 25%.

La biopsia del ganglio linfático, identificada con mapeo, se efectúa en zonas de drenaje localizadas en extremidades; sin embargo, las regiones de cabeza, cuello, hombros, las partes media del tronco y proximal de las extremidades, que tienen un drenaje ambiguo, requieren la realización de una linfocentellografía perilesional marcada con Tecnecio 99 y se realiza mapeo con azul patente para identificar el ganglio centinela en el transoperatorio (17).

Si el reporte histopatológico del ganglio resulta positivo estará indicada la linfadenectomía del área determinada (1).

Para la estadificación del melanoma maligno el American Joint Commite of Cancer, desarrolló un sistema de clasificación TNM. En general se forman tres grandes grupos: el primero, al que pertenecen la mayoría de los pacientes (80%) se presenta como un tumor evidente en el sitio primario, sin metástasis ganglionares ni sistémicas (etapa clínica I); el segundo, con metástasis ganglionares sin metástasis sistémicas (etapa clínica II) y se presenta en el 15% de los pacientes; y finalmente el grupo con metástasis sistémicas, con o sin metástasis regionales (etapa clínica III), en el 5% de los pacientes. Así mismo, los pacientes en etapa clínica I se subdividen en: bajo, mediano y alto riesgo de metástasis ganglionares ocultas de acuerdo al espesor o grosor tumoral (delgados, intermedios o gruesos respectivamente). (18)

En cuanto al tratamiento del tumor primario, el margen quirúrgico debe estar directamente relacionado con el espesor del tumor (nivel de Breslow). Los límites quirúrgicos recomendados actualmente son:

In situ: (0.76 mm)	0.5 a 1cm
Menor de 1mm	1cm
Igual o mayor a 1mm	2 a 3 cm

El pronóstico de la enfermedad varía según el estadio clínico de la comisión americana para el cáncer de 1992 (American Joint Commission on Cancer System), de tal manera que el índice de sobrevida a 5 años es de 85% en los estadios I y II, de 13 a 45% en el estadio III y menor del 12% en el estadio IV. (1, 19, 20)

La Terapia adyuvante está indicada en aquellos pacientes con melanoma en estadios III y IV, ya que la sobrevida aumenta en 40% a 5 años en comparación con aquellos que no tienen dicho tratamiento.

Dentro de la terapia adyuvante, se ha mostrado la eficacia del Interferón alpha, cuyo principal mecanismo de acción es la actividad antiproliferativa del tumor, al aumentar la expresión de antígenos de histocompatibilidad clase I, aumenta la eficacia de la inmunidad celular y activa a las células natural killer (NK). El IFN α recombinante mejora la sobrevida de los pacientes en un 16%, sin embargo, las manifestaciones de toxicidad sistémica tan frecuentes y el alto costo de la terapia han limitado su uso en algunos pacientes (4, 21).

El estudio ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), realizado en el año de 1996 en 287 pacientes, mostró un índice de sobrevida a 5 años del 24% con relación al grupo control, con la administración de Interferón con dosis de inducción de 20 mill U/m² subcutáneas, seguido por 10 mill U/m² diariamente tres veces a la semana por 48 semanas. El estudio French aplicó en 499 pacientes INF-a-2-a a dosis de 3x10⁶ U subcutáneos 3 veces a la semana durante 18 meses, con un índice de sobrevida mayor al grupo control. Un estudio realizado por la WHO (Word Health Organization) en 444 pacientes mostró que la administración de dosis bajas de INF α no muestra diferencias significativas entre el grupo tratado y el control (4, 21).

El estadio IV a pesar de múltiples esquemas de tratamiento sistémico es incurable y la sobrevida es de 6 a 9 meses. Los pacientes con metástasis a piel, nódulos linfáticos y pulmones tienen una sobrevida de 12 a 15 meses y si hay metástasis a hueso, cerebro e hígado es de a 3 a 4 meses. Dichos tumores no responden al tratamiento sistémico (20, 21).

Existen otros tratamientos utilizados con fines experimentales y/o paliativos que no han demostrado mejorar la sobrevida, y entre ellos se señalan la inmunoterapia, quimioterapia, retinoides, radioterapia y terapia hormonal (22).

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo para conocer la respuesta al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de melanoma maligno cutáneo, durante el periodo comprendido entre junio de 1995 a junio del 2000.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes tratados en el servicio de cabeza, cuello y piel del Hospital de Oncología del CMN SXXI y se seleccionaron los pacientes que fueron enviados del HECMN La Raza, con diagnóstico clínico de melanoma maligno, de cualquier subtipo histológico y localización que recibieron manejo quirúrgico con o sin terapia adyuvante, mayores de 16 años de edad.

En todos los pacientes con diagnóstico clínico de melanoma maligno se obtuvo la siguiente información: edad, sexo, localización, cirugía realizada, estudio transoperatorio del ganglio centinela marcado previamente con azul patente, histopatología, tratamiento, tiempo de evolución y antecedentes personales patológicos.

Para conocer la estirpe histológica y el nivel de profundidad del tumor se revisaron los archivos del servicio de patología. Las cirugías realizadas se recabaron de las libretas de quirúrgicos del servicio de cabeza, cuello y piel del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S XXI.

En el grupo de estudio se clasificaron los subtipos histológicos, segmentos afectados, la edad de presentación, el tiempo de evolución, las etapas clínicas en el momento del diagnóstico, el nivel de invasión del tumor, el manejo quirúrgico, el número de recidivas y enfermedad metastásica posteriores a la terapéutica.

RESULTADOS:

De un total de 184 pacientes con diagnóstico de melanoma maligno cutáneo, se seleccionaron 58, que fueron enviados del HECMN La Raza, al departamento de cabeza cuello y piel del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

De los 58 pacientes 34 (58.62%) fueron mujeres y 24 (41.37%) hombres (gráfica 1 y 2). El año con mayor incidencia de casos fue el 2000 (grafica 3).

La edad promedio de presentación del padecimiento fue de 58.7 ± 17.3 y el tiempo de evolución de 3.6 ± 3.27 años.

Los segmentos corporales afectados se ilustran en la tabla 1. La frecuencia de afectación predomina en las extremidades inferiores (41.3%) miembros superiores (34.4%), tronco (10.3%), cabeza (10.3 %) y cuello (3.4 %) (gráfica 4, tabla 1).

En la etapa clínica I, se valoró la profundidad del melanoma con la escala de Breslow y Clark, encontrando que el mayor porcentaje lo ocuparon los tumores de espesor mediano (51.72%), seguido por los delgados y los gruesos (24.13% cada uno) (gráfica 5).

En 50% de los pacientes hubo enfermedad local (etapa clínica I), en 41.37% metástasis ganglionares regionales (etapa clínica II) y en 8.62% afección sistémica (etapa clínica III) (gráfica 6).

Se realizó resección de la lesión de acuerdo con el espesor del tumor en 53 pacientes. El estudio histopatológico del ganglio centinela, marcado previamente con azul patente, se realizó en 42 pacientes. El estudio transoperatorio y el reporte definitivo fue negativo

en 19 casos (45.23%) y por lo tanto, sólo se realizó resección amplia del tumor, dando márgenes de acuerdo al nivel de profundidad (gráfica 7). La sensibilidad del estudio transoperatorio fue de 83.34% y la especificidad del 100%, ya que reportó 16.6% falsos negativos (gráfica 8).

El reporte histopatológico definitivo mostró que 23 pacientes (54.76%) tuvieron enfermedad ganglionar, detectándose micrometástasis en 15, y metástasis macroscópicas en ocho (Gráfica 9). En 16 de las biopsias se reportó ruptura de la cápsula de los ganglios afectados. En los casos de positividad a metástasis tumorales se realizó linfadenectomía y se administró tratamiento adyuvante con interferón $\alpha 2 \beta$ recombinante.

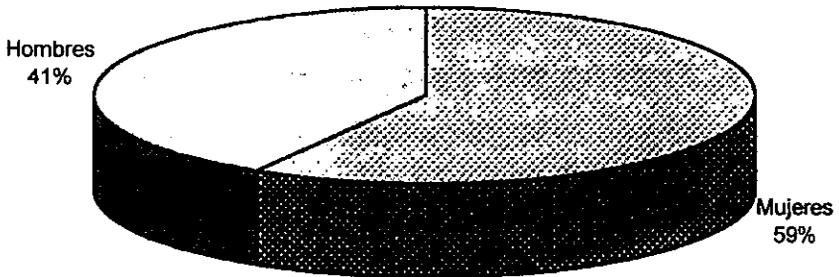
Una paciente con síndrome de nevos displásicos presentó recurrencia de la lesión en el cuarto dedo del pie derecho un año después de la resección primaria, la cual se reportó como léntigo maligno con Breslow de 0.75mm.

Cuatro pacientes presentaron enfermedad regional posterior al manejo quirúrgico y terapia adyuvante con interferón a los cuatro y seis meses y dos y tres años respectivamente, de los cuales a dos se les realizó linfadenectomía, radio y quimioterapia paliativas, en otro paciente se realizó linfadenectomía y se administró interferón y al último se le propuso desarticulación del muñón de la pierna izquierda y abandonó el tratamiento.

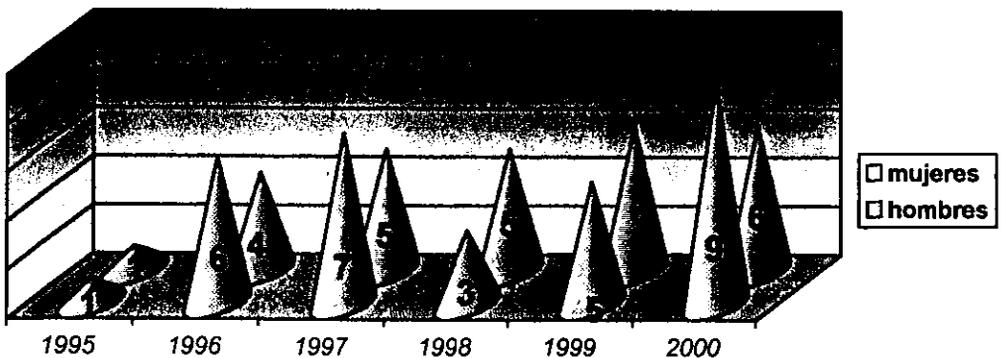
Las metastásis a distancia posteriores al manejo quirúrgico y la terapia adyuvante con interferón se presentaron en cuatro pacientes a los cuatro meses, uno, tres y cinco años respectivamente y dos de ellos fallecieron a los seis y nueve meses posteriores al tratamiento paliativo.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

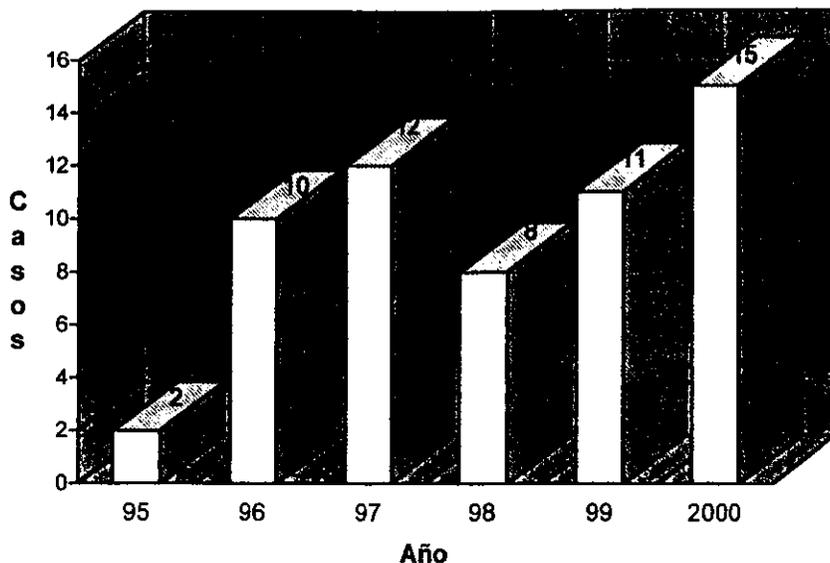
Gráfica 1: Distribución de la población de estudio por sexo



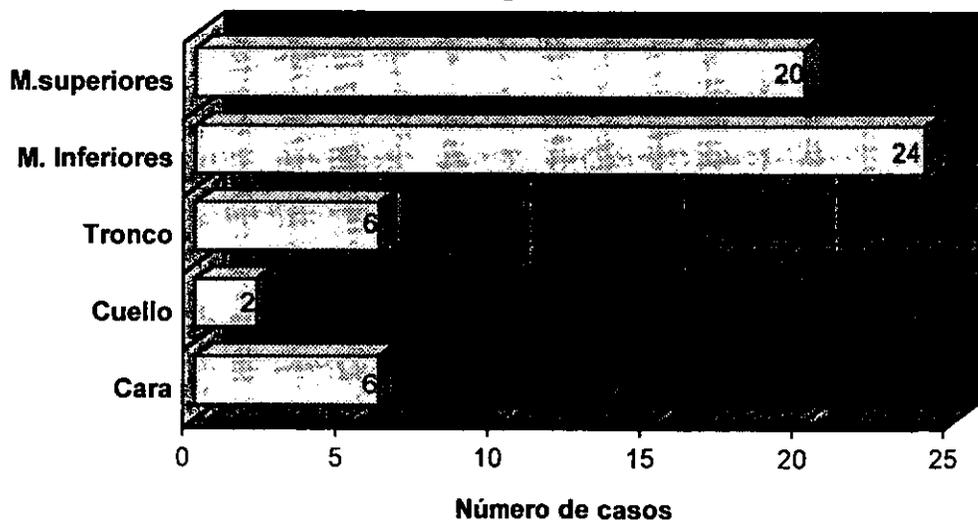
Gráfica 2: Casos de melanoma maligno por sexo y año



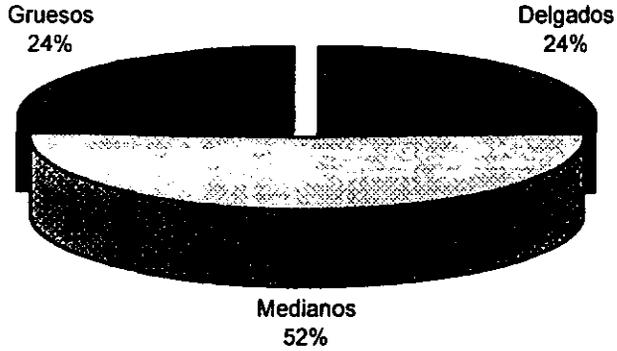
Gráfica 3: Casos de melanoma maligno por año



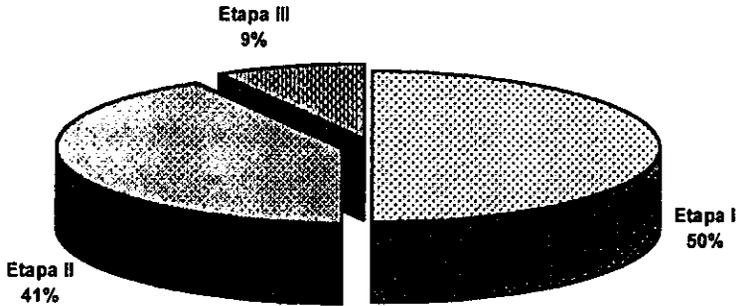
Gráfica 4: Localización anatómica del melanoma maligno



Gráfica 5: Profundidad de la lesión



Gráfica 6: Etapa clínica de diagnóstico del melanoma maligno



Gráfica 7: Estudio histopatológico del ganglio centinela

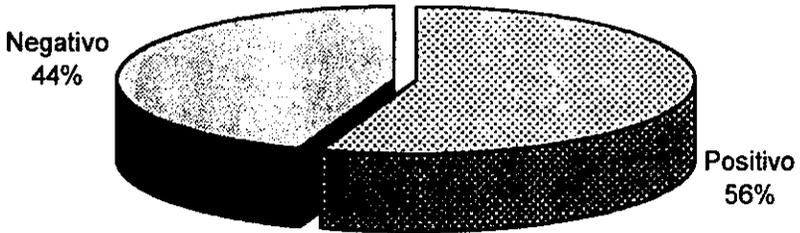
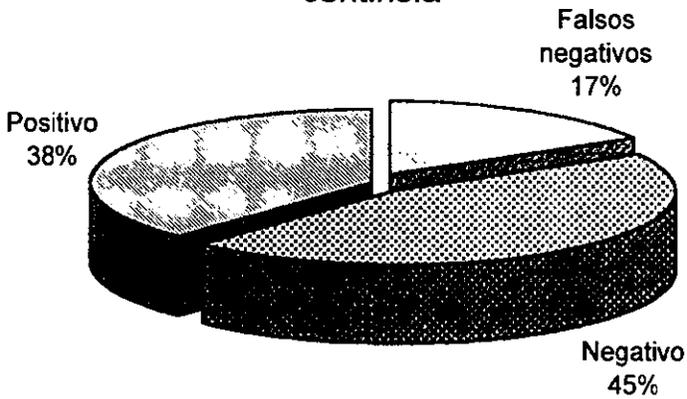


Gráfico 8: Estudio Transoperatorio del ganglio centinela



Gráfica 9: Metástasis ganglionares del melanoma maligno

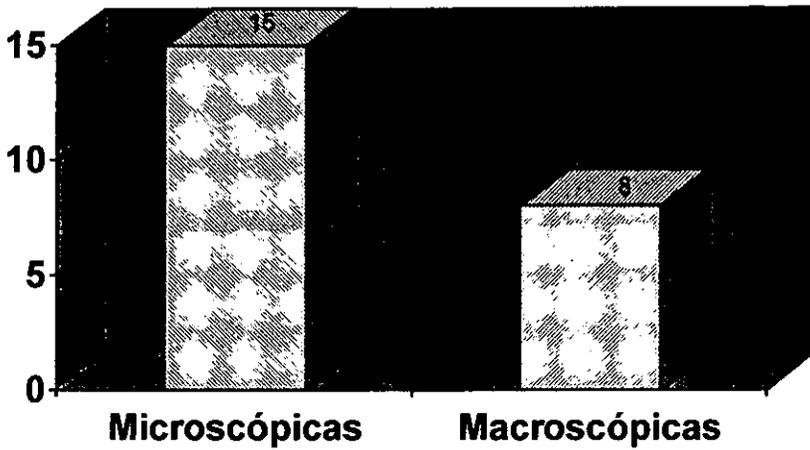


Gráfico 10: Recidivas posteriores al tratamiento quirúrgico

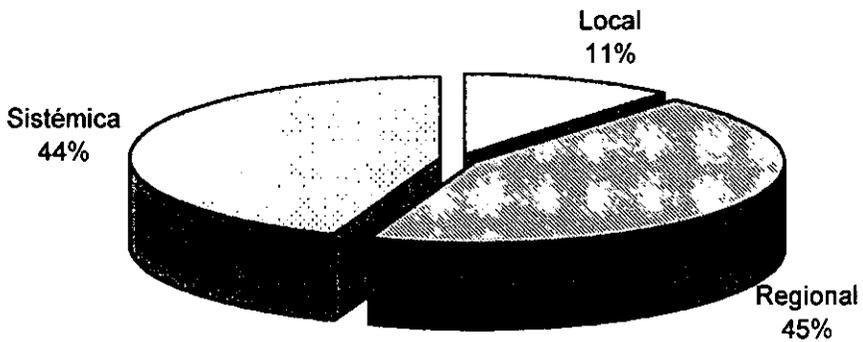


Tabla 1		
Localización por segmentos		
Localización	Segmento afectado	No. Pacientes ¹
Cara 10.7%	párpado	1
	Mejilla	4
	Nariz	1
Cuello 1.78%		2
Tronco 10.7%	Espalda	4
	Hombro	11
	Ombigo	1
Extremidades superiores 33.92%	Subungueal	3
	Tenar	1
	Brazo	4
	Dedos	12
Extremidades inferiores 42.85%	Planta	7
	Pierna	6
	Muslo	6
	Pie	5

DISCUSION

El melanoma maligno continúa siendo una neoplásia con comportamiento biológico agresivo, es por ello que se debe determinar si la enfermedad está localizada al sitio primario o ya ha enviado metástasis ganglionares regionales o sistémicas, porque de esto depende la terapéutica.

Los dos factores pronósticos más importantes y los que indican el tipo de tratamiento a efectuar son el espesor tumoral medido por la escala de Breslow y el que es medido por la de Clark.

Con relación a las etapas clínicas del diagnóstico de melanoma se observa que la mayoría de los casos se detecta en etapas I (50%) y II (41.37%); en las cuales se puede realizar tratamiento quirúrgico. Se ha observado que el índice de recidivas en relación con los tumores de espesor delgado es casi nulo (95 a 98%), tal y como se reporta en la literatura ⁽¹⁾

No se recomienda la linfadenectomía electiva rutinariamente, porque se ha descrito que aumenta la morbimortalidad de los pacientes por complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico; por este motivo se deben seleccionar a los pacientes en etapa clínica I, con melanomas de espesor mediano y grueso para realizar mapeo linfático con azul patente y de ser positivo a micrometástasis, se debe realizar vaciamiento ganglionar y dar terapia adyuvante con interferón.α 2β recombinante, con lo cual se mejora la sobrevida^(1,8)

En la etapa clínica II influyen otros factores en el mal pronóstico, como son: el índice de mitosis, la ulceración, la desmoplásia, las satelitosis microscópicas y la ruptura de la cápsula del ganglio linfático y el índice de recidivas aun con el tratamiento quirúrgico y la terapia adyuvante es mucho mayor, tal como se reporta en la literatura (1) y hay mas riesgo de padecer enfermedad sistémica a menor plazo.

En nuestro análisis no se puede detallar con exactitud la eficacia del tratamiento realizado, ya que el tiempo estimado para valorar la sobrevida debe de ser de 10 años; sin embargo se observa que hay mayor número de pacientes con enfermedad sistémica, en comparación con la enfermedad regional ganglionar.

La enfermedad sistémica sigue encontrándose afortunadamente en un porcentaje bajo, no la contemplamos en nuestro estudio porque el tratamiento es paliativo y generalmente su pronóstico es sombrío.

Se observó que la enfermedad predominó en el sexo femenino y se presenta con mayor frecuencia en la sexta década de la vida. En cuanto a la topografía de las lesiones se observa el predominio en extremidades inferiores. El tipo histológico más frecuente es el melanoma maligno nodular, seguido por el acral lentiginoso, lo cual es similar a las estadísticas reportadas por otros autores (3, 9)

CONCLUSIONES:

1. Los factores pronósticos y de decisión terapéutica más importantes en los pacientes con diagnóstico de melanoma maligno cutáneo etapa I, son el espesor del tumor medido por la escala de Breslow y Clark y su localización.
2. La enfermedad local fue la etapa clínica de diagnóstico más frecuente.
3. Los tumores delgados (>0.76 mm) tienen una posibilidad casi nula de diseminación ganglionar.
4. En etapa II la enfermedad ganglionar metastásica es el factor pronóstico principal.
5. El mapeo y biopsia del ganglio centinela ayudan a seleccionar a los pacientes con micrometástasis, lo cual disminuye la morbi- mortalidad.
6. El tratamiento quirúrgico continúa siendo hasta el momento el mas útil para confirmar el diagnóstico y tener un control de la enfermedad.
7. La terapia adyuvante con interferón ha mejorado el pronóstico de los pacientes que cursan con enfermedad ganglionar, ya que ha disminuido el número de recidivas tanto locales como ganglionares.
8. El melanoma maligno se presentó más frecuentemente en la sexta década de la vida.
9. El subtipo histológico que con mayor frecuencia fue encontrado es el nodular, seguido por el acral lentiginoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallegos H. J. TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO EN ETAPAS INICIALES Y AVANZADAS. Rev Fac Med UNAM 1999, 42; 1: 9-12.
2. Elder. MELANOMA AND OTHER SPECIFIC NON MELANOMA SKIN CANCERS. Cáncer Supl 1995, 75; 1: 245-256.
3. Alfeirán R. A., Escobar A. G., De la Barreda B. F. EPIDEMIOLOGÍA DEL MELANOMA DE LA PIEL EN MÉXICO. Rev Inst Nal Cancer 1998, 44; 4: 168-174.
4. Wagner J., Gordon M., Tsu-Yi Chuang et al. CURRENT THERAPY OF CUTANEOS MELANOMA. Plast Reconst Surg 2000, 105; 5, 1774- 1799.
5. Holly E., Kelly J., Shu-Hui-Chiu. NUMBER OF MELANOCYTIC NEVI AS A MAYOR RISK FACTOR FOR MALIGNANT MELANOMA. J Am Acad Dermatol 1997, 17; 3: 459-468.
6. Reed R., Martin P. VARIANTS OF MELANOMA. Sem Cut Med Surg 1997, 16; 2: 137-158.
7. Weinstock M., Sober A. THE RISK OF PROGRESSION OF LENTIGO MALIGNA TO LENTIGO MALIGNA MELANOMA. Br Jour Dermatol 1987; 116: 303-310.
8. Buzzell R., Zitelli J. FAVORABLE PROGNOSTIC FACTORS IN RECURRENT AND METASTATIC MELANOMA. J Am Acad Dermatol 1996, 34; 5: 798-805.
9. Herrera G. R., ASPECTOS GENERALES EN LA PATOLOGÍA DEL MELANOMA CUTÁNEO. Rev Inst Nal Cancer 1998, 44; 4: 189-196.
10. Cockerell C. BIOPSY TECHNIQUE FOR PIGMENTED LESIONS. Sem Cut Med Surg 1997, 16; 2: 108-112.
11. López G. C., Castelleros C. P., Saldívar M. C. BIOLOGÍA MOLECULAR Y MICROMETÁSTASIS DEL MELANOMA CUTÁNEO. Rev Inst Nal Cancer 1998, 44; 4: 197-2000.
12. Alfeirán R. A., Herrera G. A., Escobar A. G. UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE INMUNOHISTOQUÍMICA PARA DETECTAR METÁSTASIS DE MELANOMA EN GANGLIOS CENTINELAS. Rev Inst Nal Cáncer 1998, 44; 4: 175-179.
13. Brown M. STAGING AND PROGNOSIS OF MELANOMA. Sem Cut Med Surg 1997, 16; 2: 113- 121.

14. Johnson T., Yahanda M., Chang A. ADVANCES IN MELANOMA THERAPY. J Am Acad Dermatol 1998; 38; 5: 731-739.
15. Demierre M., Koh H. ADYUVANT THERAPY FOR CUTANEOUS MALIGNANT MELANOMA. J Am Acad Dermatol 1997, 36; 5: 747-764.
16. Agarwala S., Kikwood J. ADYUVANT THERAPY OF MELANOMA. Sem Surg Oncol 1998; 14: 302-310.
17. Alfeirán R. A., Escobar A. G., De la Barreda B. F. UTILIDAD DE LA LINFOGAMMAGRAFÍA EN EL DRENAJE LINFÁTICO DE MELANOMAS CON DRENAJE AMBIGUO EN CABEZA, CUELLO Y TRONCO. Rev Inst Nal Cáncer 1998, 44; 4: 180-183.
18. Nathan, Mastrangelo. SYSTEMIC THERAPY IN MELANOMA: Sem Surg Oncol 1998; 14: 319-327.
19. Rossi C., Foletto M., Vechiato S., et. al. MANAGEMENT OF CUTANEOUS MELANOMA M0: STATE OF THE ART AND TRENDS. Eur J Cancer 1997, 33; 14: 2302-2312.
20. Chowdhury, Vaughan M., Gore M. NEW APPROACHES TO THE SYSTEMIC TREATMENT OF MELANOMA. Cancer treat reviews 1999; 25: 259-270.
21. De la Barreda B. F., Alfeirán R. A., Escobar A. G. MELANOMA CUTÁNEO: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA LESIÓN PRIMARIA. Rev Inst Nal Cáncer 1998, 44; 4: 201-214.
22. Reginald. MEDICAL MANAGEMENT OF STAGE IV MALIGNANT MELANOMA. Cancer Suppl 1995, 75; 2735-2742.